

デイサービスセンターゆめ長居公園 利用（無料体験）申込書

介護券の有無 あり なし

申込み日： 年 月 日

利用者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳		
	住所	〒 -				
	TEL	- -		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居		
	要介護度： <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
緊急連絡先	①	ふりがな		続柄	T E L	
		氏名			自宅 - - 携帯電話 - -	
		住所	〒 -			
	②	ふりがな		続柄	T E L	
		氏名			自宅 - - 携帯電話 - -	
		住所	〒 -			
家族構成	氏名		続柄	利用者様との居住		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
主治医	病院名					
	主治医名	先生（ ）科				
	住所					
	TEL	- -		FAX	- -	
事業所	居宅介護支援事業所					
	担当ケアマネジャー					
	TEL	- -		FAX	- -	
希望	利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日			体験日	年 月 日
	送迎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 車椅子が必要		利用時間	通所介護： <input type="checkbox"/> 1減 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	入浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 （ <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 ）				
	食事	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食		
	活動の希望					

※初回利用までに医療情報提供書の提出をお願い致します。

デイサービスセンターゆめ長居公園 利用（無料体験）申込書【記入例】

介護券の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		申込み日： 年 月 日			
利用者	ふりがな	おおさか たろう	性別	生年月日	
	氏名	大阪 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 4年7月30日 90歳	
	住所	〒 ●●●-▲▲▲▲ 大阪市●●区▲▲ ○丁目○-○○			
	TEL	▲▲-■●●■-●●●●	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 昼間独居		
	要介護度： <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
緊急連絡先	①	ふりがな	おおさか はなこ	続柄	T E L
		氏名	大阪 花子	妻	自宅 ▲▲-■●●■-●●●● 携帯電話 - -
		住所	〒 - 同上		
	②	ふりがな		続柄	T E L
		氏名			自宅 - - 携帯電話 - -
		住所	〒 -		
家族構成	氏名		続柄	利用者様との居住	
	大阪 二郎		長男	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
主治医	病院名	○○クリニック			
	主治医名	■■先生 (●●) 科			
	住所	大阪市▲▲区○○ □丁目□-□□			
	TEL	●●-▲▲▲▲-■●●■	FAX	●●-▲▲▲▲-○○○○	
事業所	居宅介護支援事業所	●●居宅介護支援センター			
	担当ケアマネジャー	介護 太郎			
	TEL	●●-▲▲▲▲-××××	FAX	●●-▲▲▲▲-●●●●	
希望	利用曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	体験日	2020年○月○日	
	送迎	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 車椅子が必要	利用時間	通所介護： <input type="checkbox"/> 1減 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3	
	入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴)			
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食	
	活動の希望	① 下肢筋力低下のため、歩行訓練等をお願いします。 ② 制作活動などのレクリエーション活動に興味を持っています。			

※初回利用までに医療情報提供書の提出をお願い致します。