

# デイケア体験申込書

申込日 年 月 日

氏名			男・女	M・T・S	年	月	日	歳	
要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5						
病名	麻痺 有 ( ) ・ 無			既往歴					
住所	〒						TEL ( )	-	
ケアマネ	事業所			担当		TEL ( )			
緊急連絡先	氏名		送迎時の 家人対応	有 ・ 無	注意点				
	住所		TEL ( ) -						
意思疎通	可能 ・ 不明瞭だが可能 ・ やや困難 ・ 不可能 ・ 筆談								
聴力	普通・やっと聞き取れる・大声が聞き取れる・ほとんど聞こえない・補聴器(有・無)左・右								
視力	普通・目の前で見える・ほとんど見えない・判断不能						眼鏡;有・無		
	白内障;有・無		目薬( )		緑内障;有・無		目薬( )		
義歯	有・無	総義歯 上顎のみ 下顎のみ 部分		嚥下状況( )		食欲( )			
食事	摂取方法	自立 一部介助 全介助		エプロン 必要 ・ 不要					
	使用物品	箸 スプーン フォーク		禁止食品					
	経管栄養(胃瘻・経鼻カテーテル)	( )		ml× P/日					
	内容	普通食 ・ 治療食		治療食内容;					
	主食;米飯・全粥・7分粥・5分粥・3分粥・ミキサー・流動 *トロミ(要・不要)								
	副食;普通・一口大・刻み・極刻み・ミキサー・流動 *トロミ(要・不要)								
備考									
内服	有 ・ 無		( )						
移動	屋内;独歩(見守り要・不要)・杖歩行(見守り要・不要)・歩行器(見守り要・不要)								
	シルバーカー(見守り要・不要)・車椅子(自走可・不可)								
移動	屋外;独歩(見守り要・不要)・杖歩行(見守り要・不要)・歩行器(見守り要・不要)								
	シルバーカー(見守り要・不要)・車椅子(自走可・不可)								
移乗	自立・要監視・一部介助・全介助								
備考									
排泄	尿意	有・無	バルンカテーテル	有・無	膀胱洗浄	回/W	最終交換日( )		
	便意	有・無	人工肛門 有・無 使用物品						
	日中	トイレ	誘導・見守り・移乗介助( 人要)・後始末介助( 人要)						
		尿器	誘導・見守り・後始末介助						
		オムツ	1人介助・2人介助						
使用物品	布ぱんつ・リハビリパンツ・尿とりパット・テープ式オムツ・布おむつ								
備考									
入浴	希望する ・ 希望しない			自立・要監視・一部介助・全介助					
	一般浴 ・ 中間浴 ・ 特殊浴								
特記事項									