

株式会社アジュガ
がじゅまるデイサービス
事前受付書

電話:0296-48-9510

FAX:0296-48-9511

相談員 行

利 用 希 望 者 氏 名 欄	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名	様 男 ・ 女		(年齢 歳)			
	〒 ()			電話			
第 一 連 絡 先	氏 名	続柄 ()		電話			
	住 所						
第 二 連 絡 先	氏 名	続柄 ()		電話			
	住 所						
生活環境	独居 ・ 家族と同居 (主介護者) ・ その他 ()						
介護保険	介護認定	申請中 ・ 認定済み		負担割合	割		
	要介護度	要支援1 ・ 要支援2 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					
居宅支援 事業者名称	担当 ()			電話 FAX			
主治医	医療機関名 (先生)			電話			
既往歴	①			医 療 処 置	バルーンカテーテル ・ インシュリン注射		
	②				人工肛門 ・ 在宅酸素 ・ 人工透析 ・ 褥瘡		
	③				その他 ()		
身体状況 該当部に ○を つけて 下さい	<身体状況> ・歩 行 : 自立 ・ 介助歩行 ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ 車椅子 その他 () ・食 事 : ご飯 (常食 ・ 軟飯 ・ 粥) おかず (常食 ・ 一口大 ・ 刻み) ・排 泄 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 リハパン (無 ・ 有) パット (無 ・ 有) ・入 浴 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 <精神状況> ・認知症 : 無 ・ 有 →						
	独り歩き ・ 失見当 ・ 暴言暴行 ・ 帰宅願望 妄想 ・ 異食 ・ 不潔行為 ・ 昼夜逆転 ・意思疎通 : 支障なし ・ やや悪い ・ かなり悪い ・ 不能						
意向	・入 浴: 希望する ・ 希望しない ・ご利用希望回数: ()回/週 ・ご利用希望曜日: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・利用希望: 体験のみ ・ 継続利用希望						
	<留意事項>※(例)入浴時の血圧の指示等がありましたら、こちらにご記入ください						