

# 一日体験申込表

送信先

ディサービス心音

FAX

052-800-0567

申し込み日	年 月 日	第1希望日	年 月 日 ( )	第2希望日	年 月 日 ( )
発信者名			利用者との続柄		
電話番号			FAX番号		

フリガナ			性別	生年月日	
ご利用者様氏名			男・女	明・大・昭	年 月 日 ( 歳)
住所					
ご利用者様電話番号			その他連絡先		
介護度	要支援 ( ) ・ 要介護度 ( ) ・ 申請中 ・ 更新中				

**既往歴**

**現病歴** (主治医: 病院・医院 先生)

**経過**

以下、該当するものへ○をつけて下さい

認知の状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M  
 感染症 不明・無・有 ( 疥癬・結核・MRSA・B型肝炎・C型肝炎・その他 )  
 内服 不明・無・有 ( ) ご本人管理 ( 可・不可 )  
 ※ 上記情報 引用元 (主治医意見書・ご本人聞き取りにて・ご家族聞き取りにて・その他 )

**ADL**

・食事・・・自立 ・ 一部介助 ( ) ・ 全介助  
 ・排泄・・・自立 ・ 一部介助 ( ) ・ 全介助  
 ・更衣・・・自立 ・ 一部介助 ( ) ・ 全介助  
 ・入浴・・・自立 ・ 一部介助 ( ) ・ 全介助  
 ・移動・・・自立 ・ 一部介助 ( ) ・ 全介助  
 ・移動時使用器具・・・ T字杖 ・ 4点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 ( )  
 ・車両乗車時 注意事項・・・無し ・ 車酔い ・ 身体への負担 ・ その他 ( )  
 ・アレルギー又は食べれない物・・・無し ・ 有り(詳細: )

入浴希望 無 ・ 有  
 送迎希望 無 ・ 有

**主訴** (ご本人、ご家族の希望・優先事項等をなるべく詳しく記入してください)

その他、疾患などに伴う注意事項があれば記入してください

**メッセージ**

※1: 分かる範囲での記入で構いませんので宜しくお願いいたします。  
 ※2: ご記入頂きました個人情報については一日体験時、本施設スタッフ間のみ使用させていただきます