


# デイサービスはっぴ〜 利用申込書

ケアプランセンター	担当： CM	依頼日：令和 年 月 日
フリガナ 氏名 様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	M 生年月日：T 年 月 日 歳 S
認定等	<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 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 *生活保護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
住所	〒	T E L
家族構成 <small>(例)</small> 	キーパーソン① 様 続柄： TEL TEL	キーパーソン② 様 続柄： TEL TEL
利用・希望 目的	<input type="checkbox"/> ADL維持・向上 <input type="checkbox"/> 認知症進行予防 <input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 入浴 利用時間： <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> 一日 入浴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      送迎： <input type="checkbox"/> 送迎とも <input type="checkbox"/> 行き <input type="checkbox"/> 帰り <input type="checkbox"/> 無 個別リハビリ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      食事： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
病名	食事	主 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥( ) <input type="checkbox"/> おにぎり 副 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
既往歴	A D L	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (車椅子、杖、歩行器(室内・室外)) <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ
通所で必要な医療的ケア <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 他： <input type="checkbox"/> 貼薬・軟膏		
備考	*心身状況、利用目的の詳細、希望曜日等を自由にご記入ください。 別紙(貴事業所の資料のコピー等)を添付いただいても結構です。 ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	