

利用申込書・体験申込書 FAX 078-959-6377

利用希望事業所	デイサービスセンターみねのさと		体験時間	10:30~15:30	
希望開始日	年 月 日 ()	利用希望曜日	週 回 (月・火・水・木・金・土)		
支援目的	他者交流・入浴支援・機能訓練・レスパイト・その他				
特記事項					
ふりがな氏名	様	男・女	M・T・S	年 月 日生 (歳)	
住所	〒		TEL	()	
	住居形態 【一戸建て・集合住宅 (EV有・無)】		同居状況	独居・配偶者・家族・その他	
キーパーソン連絡先	ご本人・家族・その他	氏名	TEL		
	続柄 ()	住所	ご本人と同じ・		
紹介事業所	(包括・居宅)		担当者		
	TEL ()		FAX ()		
介護保険	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・V	
	要介護度	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5)	申請中	
	被保険者番号		保険者番号	神戸市北区・その他 ()	
	有効期間	年 月 日～年 月 日	公費	生保・原爆・その他	
既往・現病歴					
年 月 日	疾患名	医療機関	経過	備考	
・					
・					
・					
・					
アレルギー	*薬物 無・有 () *食物 無・有 ()				
感染症	不明・無・有 ()	送迎	車酔い無・有	処方	屋食時 (有・無)
特記処置	無・褥瘡・胃瘻・人工肛門・インシュリン自己注射・透析				
ADL状況※ (利用者情報を添付いただければ記載不要です)					
視力	普通・弱視・全盲 *眼鏡 無・有		聴力	*補聴器 無・有(左・右) *難聴 無・有(やや難聴・難聴)	
言語	支障なし・やや障害・殆ど不可		意志の疎通	良好・会話に支障なし・悪い	
認知症	無・重度・中度・軽度		周辺症状	無・攻撃的・自傷・徘徊・不穏・不潔	
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		対人関係	拒否的・普通・協調的	
入浴他	自立・見守り・一部介助・全介助 (普通浴・リフト浴・シャワー浴) 入浴後処置: 無・有				
食事	自立 見守り 一部介助 全介助 *食事制限・治療食 無・有 () ごはん 普通・お粥 量 (並・2/3・1/2) *嚥下状態 良い・悪い *おかず 普通・一口大・きざみ量 (並・2/3・1/2) *禁忌事項 無・有 () *義歯 無・有 (総義歯・部分義歯) *摂取状況 良い・要注意				
移動	自立 見守り 一部介助 全介助		歩行器具	杖・4点杖・歩行器・車椅子	
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助 *おむつ 無・有 (おむつ・リハビリ・パット) *トイレ声かけ 無・有 その他				
麻痺	無・有 ()	送迎	無・有	座位	保てる・制限有る・頻繁に横になる

FAX 078-959-6377