

特別養護老人ホームひかり苑 デイホームたんぽぽ

見学・利用 申込書

令和 年 月 日

ご利用者 氏名	ふりがな						大・昭 年 月 日		
							男 ・ 女 (才)		
住 所							TEL	—	
介護度	支援 1・2 /要介護 1・2・3・4・5			認知症高齢者の 日常生活自立度		I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
認知症	無 ・ 有 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)				負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割		
歩行状態	自立・伝い歩き・杖・車椅子・その他()				乗降車動作		自立 ・ 一部介助 ・ 車イス使用		
食事形態	常食 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー ・ ご飯 ・ お粥				食事		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
アレルギー	有() ・ 無		咽込み		毎回あり ・ 時々あり ・ なし				
既往歴									
主治医	病医院名								
	主治医		先生 科						
	TEL :		FAX :						
家族構成 ・ 緊急 連絡先	①	キーパーソン 氏名 :	[続柄 同居(有・無)]				TEL:		
	②	氏名 :	[続柄 同居(有・無)]				TEL:		
利用希望		月	火	水	木	金	土	見学希望日	
	第一希望							【第一希望】 月 日 () 午前 ・ 午後	
	第二希望							【第二希望】 月 日 () 午前 ・ 午後	
	利用希望日	令和 年 月 日 ()						見学時の 必要 ・ 不要 送迎対応 来所人数: 人	
	入浴サービスの希望	有 ・ 無		入浴の状況			自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 機械浴		
	個別機能訓練の希望	有 ・ 無		排泄の状況			自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
備考	※ 利用中に気を付けること								
介護支援 事業所							担当者名		
	〒						TEL () FAX ()		

※ ADL表、薬情、介護保険証、診断書など、その他ご利用者様の情報がございましたら提供のご協力をお願いします。

特別養護老人ホームひかり苑
デイホームたんぽぽ
埼玉県川口市坂下町4-16-3
TEL: (048) 286-3004
FAX: (048) 286-3550