

特別養護老人ホームひかり苑  
桜さんちの家No.2たんぽぽ

見学・利用 申込書 (記入例)

令和 3年 8月 1日

ご利用者 氏名	ふりがな ひかり たろう					大・昭 20年 8月 10日		
	光 太郎					男・女 (73才)		
住所	川口市坂下町4-16-3					TEL	048-286-3004	
介護度	支援 1・2 / 要介護 1・ <b>2</b> ・3・4・5	認知症高齢者の 日常生活自立度		I・ <b>IIa</b> ・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
認知症	無・ <b>有</b> (軽度・ <b>中度</b> ・重度)			負担割合	<b>1割</b> ・2割・3割			
歩行状態	自立・伝い歩き・ <b>杖</b> ・車椅子・その他( )			乗降車動作	自立・ <b>一部介助</b> ・車イス使用			
食事形態	<b>常食</b> ・刻み・極刻み・ミキサー・ <b>ご飯</b> ・お粥			食事	<b>自立</b> ・一部介助・全介助			
アレルギー	有( )・ <b>無</b>		咽込み	毎回あり・時々あり・ <b>なし</b>				
既往歴	・高血圧症 ・アルツハイマー型認知症							
主治医	病医院名	〇〇病院						
	主治医	ひかり		先生		内科 科		
	TEL:	048-286-3004		FAX:		048-285-3550		
家族構成 ・ 緊急 連絡先	①	キーパーソン 氏名:	光 花子		[続柄 妻 同居(有・無)]		TEL:048-286-3004	
	②	氏名:	光 次郎		[続柄 長男 同居(有・無)]		TEL:048-286-3000	
利用希望		月	火	水	木	金	見学希望日	
	第一希望	○		○		○	【第一希望】8月 6日(月) 午前・ <b>午後</b>	
	第二希望		○		○		【第二希望】 月 日( ) 午前・午後	
	利用希望日	<b>令和 3年 8月 10日(金)前後</b>					見学時の <b>必要</b> ・不要 送迎対応 来所人数: 3人	
	入浴サービスの希望	<b>有</b> ・無		入浴の状況		自立・ <b>一部介助</b> ・全介助・機械浴		
	個別機能訓練の希望	<b>有</b> ・無		排泄の状況		<b>自立</b> ・一部介助・全介助		
備考	・妻の介護疲れも強く、早めの利用を希望したい。							
介護支援 事業所	居宅介護支援事業所ひかり苑			担当者名 川口 花子				
	〒 334-0003 川口市坂下町4-16-3			TEL (286) 3900 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  
桜さんちの家No.2たんぽぽ  
埼玉県川口市桜町-5-9-2  
TEL: (048) 286-6050  
FAX: (048) 286-6050