

通所申込書

年 月 日

特定非営利活動法人豆たん
デイスース豆たん

管理者 川野 宏二 殿

デイスース豆たんに通所したいので、下記のとおり申し込み致します。

通所希望者	ふりがな		現住所	〒				
	氏名			TEL				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)	性別	男 ・ 女	
申込者 緊急連絡先	ふりがな		住所	〒				
	氏名 (続柄)			TEL				
	ふりがな		住所	〒				
	氏名 (続柄)			TEL				
身体状況	現在の介護度	要支援 1・2 事業対象者						
		要介護 1・2・3・4・5						
	障害レベル	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2						
	認知レベル	正常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ V						
	歩行	ア自分で出来る	イ一部介助	ウ全介助	聴力	ア普通	イやや難聴、右・左	ウ難聴、右・左
	食事	ア自分で出来る	イ一部介助	ウ全介助	視力	ア普通	イ弱視、右・左	ウ全盲、右・左
	入浴	ア自分で出来る	イ一部介助	ウ全介助	会話	ア普通	イ話しにくい	ウ会話不能
排泄	ア自分で出来る	イ一部介助	ウ全介助	物忘れ ・ 徘徊 ・ 妄想 ・				
着脱	ア自分で出来る	イ一部介助	ウ全介助	認知症 昼夜逆転 ・ 不潔行為 (その他)				
既往歴				現在利用中のサービス (あり ・ なし)				
病名 ()				サービス名 頻度				
病名 ()				サービス名 頻度				
病名 ()				サービス名 頻度				
かかりつけ医				現在服薬(外用)中の薬				
病院名(担当医) 電話番号								
病院名(担当医) 電話番号								
趣味、特技、食べ物の好き嫌い				家族構成				
通所希望理由								