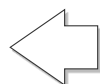


ヒューマンライフケア 南花田の湯 見学・お話し会 お申込み票 (Tel : 072-254-4165 / Fax : 072-254-3711)

電話でのお申込みも承ります。お気軽にお問合せください!



お申込み日	令和 年 月 日 ()	※ ご記入できる範囲で結構です			
利用者	フリガナ 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳
	住所	〒	自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担	
	電話番号		公費(生保等)	<input type="checkbox"/> 受給中	
	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 申請中 <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			

ご紹介を頂いたポイントについて教えてください。サービスのより一層の向上に努めて参ります。(※複数選択可)

きっかけ	評判 (口コミ)	本人・家族の希望	現在・過去の関係性	営業 (訪問・郵送・FAX・電話)	
対応力	印象が良い	報告や連携が良い	迅速な対応	柔軟な対応	家族への対応
サービス	スタッフの印象	他社に無いサービス	サービスの種類	サービスの質	安心・信頼・期待
その他					

当日は家族様及びケアマネジャー様の同席を歓迎しております。ご遠慮なく、ご利用ください。

お話し会について	ご希望日	令和 年 月 日 ()	同席者: 同席時の昼食希望: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	当日の希望	ご入浴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		ご昼食: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	利用申込において特に必要とされるサービスに○を付けてください ※複数回答可	入浴 (リフト浴)	季節湯・変わり湯	足湯	看護処置	静養
		家族負担軽減	他社交流	生活リハビリ	脳トレ	季節行事・イベント
		手工芸	カラオケ	料理作り	将棋・麻雀等	レク・ゲーム
		ヒューマンライフケア認知症予防プログラム 大人の学習帳 ・ ヒューマン体操				
	利用予定について	1週間で _____ 日くらい (月 火 水 木 金 土 日 祝) ・ 未定 (検討中)				
利用決定にていて	本人希望 ・ 家族希望 ・ ケアマネジャー ・ 他社との比較 ・ その他					
事前の挨拶	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 電話可	<input type="checkbox"/> 訪問可	日時		
連絡の窓口	本人	家族 ()	ケアマネジャー	その他 ()		

特記事項

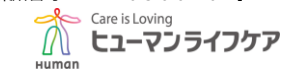
ヒューマンライフケア 南花田の湯 デイサービスセンター 【事業所番号: 2776500767】

住所: 〒591-8011 大阪府堺市北区南花田町144番1号

Tel : 072-254-4165 / Fax : 072-254-3711

担当: 川端 貴之・金沢 佐緒里

利用決定日	利用初回日	契約日
-------	-------	-----



※個人情報保護法に基づき、個人情報は個人情報規定のもと厳重に取り扱います。
※個人情報については、当事業所のご利用範囲のみに使用致します。その他での利用及び第三者への情報提供等は一切致しません。

包括・居宅介護支援事業所	TEL	
	FAX	
担当介護支援専門員	事業所番号	

ADL	歩行 (自立・一部・全介)	杖・歩行器・車椅子 (立位: 可・不可)				
	入浴 (自立・一部・全介)	一般浴・個浴・リフト浴				
	排泄 (自立・一部・全介)	パット・リハビリ				
	食事 (自立・一部・全介)	形態: 普通 おかゆ 一口大 きざみ ミキサー とろみ 禁止食・嫌い食 () 量: 普通 多め 少なめ 水分制限 (有り・無し) 特記:				
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	<input type="checkbox"/> 不明				
認知症の確定診断	有 無	I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・V <input type="checkbox"/> 不明				
	・アルツハイマー型認知症 ・血管性認知症 ・レビー小体型認知症 ・その他 () ・発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 不明					
医療情報	感染症 (有り・無し・不明) 特記:					
	服薬 (有り・無し・不明) 自己管理 ・ 当方の管理	頓服薬 (有り・無し)				
	服薬名: ※当日は薬情 (薬袋) もしくはお薬手帳を持参頂けるようご協力お願い致します。(複写可) 機能訓練での注意事項:					
バイタル	体温	血圧	脈拍(P)	SPO2	身長	体重

主な疾患や既往歴等	疾患名	発病年月	医師の指示や注意事項など
既往歴			
現在の疾患			
主治医	病院名	内科 外科 脳外科 神経科 他 ()	
	電話番号	住所	<input type="checkbox"/> 不明
誤嚥性肺炎既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	発病年月	<input type="checkbox"/> 不明

緊急連絡	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所			
	氏名	様	続柄	電話番号
	住所			携帯番号 その他