ヒューマンライフケア 東住吉の湯

見学・お試し会 お申込み票 (Tel：06-7659-3365／Fax：06-6609-8682)

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	様	生年月日	□ 大正 □ 昭和　年　月　日 生	
			性別	□ 男 □ 女	年齢　歳
	住所	〒			自己負担割合 □ 1割負担 □ 2割負担 □ 3割負担
	電話番号				公費(生保等) □ 受給中
要介護状態区分	□ 申請中 □ 要支援1 □ 要支援2 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 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。

お試し会について	ご希望日	令和　　年　　月　　日（　　）		同席者： 同席時の昼食希望：　あり　なし		
	当日の希望	ご入浴　：　あり　なし		ご昼食　：　あり　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	食事(治療食対応)	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	水耕栽培
		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 ・ 日本伝統文化の創作				
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		□ 不可	□ 電話可	□ 訪問可	日時		
連絡の窓口		本人　家族(　　)　ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ　その他(					

特記事項

ヒューマンライフケア 東住吉の湯 デイサービスセンター　【事業所番号：２７７０８０３６９６】

住所：大阪市東住吉区矢田１丁目１０番２５号　〒546-0023

Tel：06-7659-3365／Fax：06-6609-8682

担当：中田・松本

利用決定日	利用初回日	契約日

※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 ・ リハパン	
	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			□ 不明
認知症	有　無	Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲ ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ Ⅴ		□ 不明
	症状等 ：			
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	□標準 □危険値	体温	血圧	脈拍(P)　SPO2

※危険値は、入浴の実施や病状の異変の判断となるバイタル値として参考に致します。

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	□ 不明
緊急搬送	病院名		内科　外科　脳外科　神経科　他（　　）	
	電話番号		住 所	□ 不明

緊急連絡	□ 居宅介護支援事業所					
	家族等	氏名	様	続柄	電話番号	
		住所			携帯番号	
					その他	