

デイサービスセルン体験・見学申込票 (受付者)

受付日	年 月 日	相談方法	来所・電話・郵送・ファクシミリ・訪問	
ふりがな			生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
氏名				
住所	〒 -		TEL : ()	FAX : ()
居宅支援事業所			電話番号	
介護支援専門員			Fax番号	
相談者氏名			利用者との関係	
相談者住所	〒 -		TEL : ()	FAX : ()
申込(相談)内容の概要			居宅サービス計画の作成	
健康状態(既往歴など)	<input type="checkbox"/> 未作成 <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 自己作成 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所作成			
	利用時の具体的な対応			
備考	<input type="checkbox"/> 食事のアレルギー (あり ・ なし) 好き嫌い () 食事形態 (粥 軟飯 一口大 他)			
	<input type="checkbox"/> 昼食 (あり ・ なし) <input type="checkbox"/> 機能訓練 パワーリハビリ希望 ・ 歩行訓練程度希望 機能訓練は希望しない			
<input type="checkbox"/> 入浴 (一般浴 ・ リフト浴 ・ その他)				
<input type="checkbox"/> 排泄 (介助要 ・ 不要) パット・リハビリパンツ・オムツ				
<input type="checkbox"/> その他(移動など)				
要介護(要支援)認定			送迎時の対応	
<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2			迎え予定時間 : 送り予定時間 : 備考	
体験(見学)予定日				
年 月 日 ()			訪問・アセスメント 予定日時	年 月 日
利用開始希望日/曜日				午前・午後 時
年 月 日				【共通】