

エレソルデイサービスセンターへご利用予定の方やご相談がある方は下記のご利用予約票にわかる範囲でご記入していただき、FAXをいただければ幸いです。弊社担当より折り返しご連絡させていただきます。

FAX 048-957-4778

エレソルデイサービスセンター ご利用予約票

申込日 年 月 日

ふりがな				性別							
申込利用者名				男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)	
ふりがな											
申込利用者連絡先	〒		電話番号:		()						
世帯類型	1. 同居世帯 2. 同居世帯(日中ひとり) 3. 高齢者夫婦世帯 4. 一人暮らし										
介護被保険者番号										要介護状態区分	1・2・3・4・5
介護保険者番号	市									生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
介護認定有効期間	平成		年	月	日	～	平成	年	月	日	
担当居宅事業所				連絡先	〒					電話	()
介護支援専門員				事業所番号							
主介護者緊急連絡先	〒		電話番号:		()						
			様(続柄:)		住所:						
利用希望曜日	月・火・水・木・金					入浴希望	無・有(回)				
主治医				連絡先							
利用者既往歴								感染症の有無	無・有()		
現在の内服薬											
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M										
理解及び記憶	・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り ・認知記憶 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 判断不可										
	・伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝達可 <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> 伝達不可 ・摂取能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻覚・幻想 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 徘徊										
	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> その他()										
身体状況	歩行 : 自立 ・ 介助歩行 ・ ()点杖歩行 ・ シルバーカー ・ 車いす(自走・介助) ・ その他()										
	食事 : 普通 ・ お粥 ・ 刻み食 ・ その他() 排泄 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助										
	オムツ類の使用 : 無 ・ 有() 入浴 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助										
	視力 : 普通 ・ 不自由() 義歯 : 有(上 全・部分 下 全・部分) ・ 無										
その他	禁止食等										

【お問合せ】エレソルデイサービスセンター 担当:福田 小倉

〒341-0018 三郷市早稲田6丁目33-50 TEL:048-934-9728