

# デイサービス受付票

作成日:平成 年 月 日 作成者: \_\_\_\_\_

利用者氏名	様 男・女	生年月日	M.T.S 年 月 日	年齢	才
住所	〒 _____ _____ 電話番号 _____				
介護保険	要介護度	要支援・要介護 ( )	身体障害者手帳	有・無	
	支援事業所	担当 住所	様  TEL		
健康保険証の種類		社保・国保・生保・その他			
緊急連絡先	【氏名】	【電話番号】		利用予定	月 火 水 木 金 土 日
		-	-	入浴 [O]	
現病歴		既往歴		週間	<input type="checkbox"/> 3-4h <input type="checkbox"/> 6-7h
				予定	<input type="checkbox"/> 4-5h <input type="checkbox"/> 7-8h
				(時間)	<input type="checkbox"/> 5-6h <input type="checkbox"/> 8-9h
動作	援助の必要性	サービス中に気をつけて欲しい事などあれば、ご記入ください。			
食事	自立 見守り・一部介助・全介助				
排泄	自立 見守り・一部介助・全介助				
入浴	自立 見守り・一部介助・全介助				
整容	自立 見守り・一部介助・全介助				
睡眠	自立 見守り・一部介助・全介助				
意思疎通	自立 見守り・一部介助・全介助				
社会的交流	自立 見守り・一部介助・全介助				
運動機能	自立 見守り・一部介助・全介助				
その他					
服薬状況	(昼食後薬など、デイ体験中にお薬がございましたら、ご記入をお願い致します。)				