

デイサービスセンターロイヤル足立申込書

利用者 氏名			生年月日		年齢
	様				歳
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		負担割合	生活保護	
			割	有 ・ 無	
利用者 住所				TEL	
デイ希望日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜 土曜 (週 回利用を希望)
キーパーン 氏名				TEL	
	様				
食 事	状 態	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 口から食べられる ☐ 経鼻栄養 ☐ 胃ろう ☐ その他()			
		☐ 普通 ☐ 一口大 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()			
	形 態	☐ 普通 ☐ 一口大 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()			
	アレルギー	☐ ない ☐ ある()			
歩 行	状 態	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 () ☐ 安定 ☐ ふらつきがある ☐ 常に不安定 ☐ 寝たきり			
		☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 装具 ☐ 車いす (介助・自操)			
移 乗	状 態	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
排 泄	状 態	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ 尿管カテーテル ☐ 人工肛門			
		☐ 綿パンツ ☐ 紙おむつ ☐ リハビリパンツ ☐ 尿取りパット			
	着用の種類				
入 浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (☐ 一般浴 ・ ☐ 機械浴)				
睡 眠	☐ 普通 ☐ 眠れないことが多い ☐ 不眠 ☐ 眠剤()				
聴 力	☐ 普通 ☐ 聞こえにくい(☐ 補聴器使用) ☐ 聞こえない(☐ 右 ☐ 左)				
視 力	☐ 普通 ☐ 見えにくい(☐ 眼鏡使用) ☐ 見えない(☐ 右 ☐ 左)				
服薬	☐ ない ☐ ある (☐ 自立 ☐ 声かけ・見守りが必要 ☐ 一部介助 ☐ 全介助)				
認知症	☐ ある ☐ ない				
認知症の症状	☐ 短期記憶障害 ☐ 見当識障害 ☐ 徘徊 ☐ 暴言・暴力 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 大声・奇声 ☐ 帰宅願望 ☐ 昼夜逆転(不眠・睡眠障害) ☐ 介護抵抗 ☐ 妄想 ☐ 幻覚・幻聴 ☐ せん妄・錯乱 ☐ 抑うつ ☐ ろう便 ☐ 食べない				
既往歴	持病				
特記事項					

居宅介護支援事業所		担当CM
		CM
TEL	FAX	特別養護老人ホーム ロイヤル足立 TEL 03-6807-1375 FAX 03-6807-1376