様式　3−1

デイケア利用申込書

≪実際に利用される方について≫　　申込日　　年　　月　　日

ふりがな		性別	明治　大正　昭和
本人氏名			年　月　日（　才）
現住所	〒	電話番号	

介護保険 被保険者証番号										
介護度		認定有効期間	平成　年　月　日 ～　年　月　日							
居宅介護支援事業者	Tel（　）　-					届出年月日	年　月　日			

≪ご家族・相談者について≫

相談者		続柄		年齢	
住所	〒	電話番号	（　）　-		
		携帯番号	（　）　-		
勤務先		電話番号	（　）　-		

	氏名	住所	続柄	電話番号
連絡先				

≪詳しい通所リハビリテーションの希望≫

希望回数	週　回	希望時間	□ 10:00 ～ 16:30
希望曜日	□ 月　□ 火　□ 水　□ 木　□ 金　□ 土	個別リハビリ	□ 希望あり　□ 希望なし
来所手段	□ 施設送迎　□ 家族送迎　□ 徒歩　□ その他		

利用に関しての御要望・ご意見をご記入ください

介護老人保健施設　　兵庫みどり苑

既往歴

今まで下記の病名と診断されたことはありますか？　あてはまるものに○をつけて下さい。

高血圧　糖尿病　心臓病　腎臓病　骨折　膝関節症　便秘症　脳血管障害

腰痛症　床ずれ　水虫　疥癬　白内障　緑内障　難聴　消化器疾患

今までに入院をされた事はありますか？また、手術を受けたことがありますか？

☐　はい

病名（　　）病院名（　　）時期（　　）手術　有･無
病名（　　）病院名（　　）時期（　　）手術　有･無
病名（　　）病院名（　　）時期（　　）手術　有･無
病名（　　）病院名（　　）時期（　　）手術　有･無

現在の状況

入院日　退院予定日

☐　入院中　：　病院名（　　）病名（　　）（　　～　　）
☐　施設入所中　：　施設名（　　）入所日（　　）退所予定日（　　）
☐　自宅療養中　：　往診　／　通院　　病院名（　　）

現在飲んでいる薬と、回数をご記入ください

家屋の状況

☐　一戸建て　☐ マンション　☐ アパート　☐ 公営　／　☐ 持ち家　☐ 賃貸
（　　階建て　　階　　エレベーター　有 ・ 無 ）
専用居室（　有　・　無　）　寝具（ ベット ・ 布団 ）　トイレ（ 洋式 ・ 和式 ）

社会資源

身体障害者手帳：無 ・ 申請中 ・ 有（　　種　　級　　年　　月　　日交付）
障害名（　　）

過去に以下の施設サービス及び在宅サービスを利用したことはありますか？

☐ ショートステイ　☐ デイサービス(ケア)　☐ 入浴サービス　☐ 訪問看護　☐ ヘルパー
☐ 配食サービス　☐ 日常生活用具の給付
☐ 特別養護老人ホーム　☐ 介護老人保健施設　☐ 療養型病院　☐ グループホーム　☐ その他

生活状況

趣味　：　以前［　　］　現在［　　］
性格　：［　　］　以前の職業：［　　］

身体状況

1 **移動**　：　屋外［　　］　室内［　　］
2 **食事**　：　☐ すべて介助　☐ 少しの手助け　☐ 困難だが1人でできる　☐ 十分できる
☐ はし　☐ スプーン　☐ エプロン　☐ その他（　　使用）
好きな食べ物［　　］　嫌いな食べ物［　　］
食事の工夫［　　］
☐ 入れ歯　使用している・　使用していない
3 **排泄**　：　日中［ おむつ　リハビリパンツ　自立　ポータブルトイレ　その他　］
夜間［ おむつ　リハビリパンツ　自立　ポータブルトイレ　その他　］
4 **入浴**　：　☐ すべて介助　☐ 少しの手助け　☐ 困難だが1人でできる　☐ 十分できる
5 **更衣**　：　☐ すべて介助　☐ 少しの手助け　☐ 困難だが1人でできる　☐ 十分できる
6 **会話**　：　☐ 全くできない　☐ 時々できない　☐ 時々できる　☐ 十分できる
7 **認知症**　：　無　・　有
8 **介護状況**：☐　介護者有り　［　午前中　・　午後　・　終日　］　☐　介護者無し