デイケア無料体験ご利用申込書

令和　　年　月　日

体験希望日時	令和　　年　　月　　日　（　　）			
氏名	様	男・女	生年月日：M・T・S　年　月　日（　歳）	
住所	〒		電話：（　　）　－	
要介護度	申請中　・　要支援（ 1 ・ 2 ）　・　要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）			
ご利用サービス	送迎　・　食事　・　機能訓練　・　浴室見学（無料体験では入浴は行っていません）			
担当ケアマネージャー	居宅介護支援事業所名		担当者：　様	
	連絡先：		（　　）　－	
診断名				
既往歴				
連絡先	氏名：		続柄：	
	連絡先：		（　　）　－	
備考				

※ご持参して頂くもの
昼食後薬・オムツ（使用されている方のみ）・口腔ケア用具
その他、ご自身の車イスや歩行器等をお持ちの方は
ご持参ください

〒 812-0041　福岡市博多区吉塚7丁目6番40号
医療法人相生会　介護老人保健施設　光
TEL ： (092) 292-8809　FAX : (092)621-3721
HP ： http://www.yoshizuka-hikari.jp

アセスメント表

令和　　年　　月　　日

氏名		歳	男・女	**要支援**	1・2
				要介護	1・2・3・4・5
既往歴					

項 目	**身 体 状 況**		
言語	普通　・　難有り　・　不可		
麻痺	なし　・　あり　⇒部位：		
送迎介助	介助要　・　介助不要　・　リフト車対応		
福祉用具	杖　・　シルバーカー　・　ウォーカー　・　歩行器　・　車椅子		
移動介助	なし　・　あり		
移動手段	独歩　・　杖(T字・4点)　・　歩行器　・　シルバーカー　・　歩行車　・　車椅子　・　その他		
食事介助	なし　・　一部　・　全介助		
使用具	箸・フォーク・スプーン・エプロン	**嚥下**	良好　・　不良
食事形態	主食：米飯・軟飯・全粥・その他(　　)	**とろみ**	なし　・　あり
	副食：普通・軟菜・刻み・その他(　　)	**治療食**	常食　・　その他 (
持参薬	なし　・　あり　⇒介助　不要　・　要		
排泄介助	自立　・　一部　・　全介助		
尿意	なし　・　あり	**失禁**	なし　・　あり
便意	なし　・　あり	**パンツ**	布パンツ　・　紙パンツ　・　パット
入浴	シャワー　・　一般浴　・　機械浴	**跨ぎ**	可　・　不可
認知症	なし　・　あり　⇒HDR-S　点　月　日		
認知状態			
医療面			
特記事項			