

利用申込 / 体験申込 / 見学申込

	貴事業所名		
	ご担当者名	様	電話
ご利用者	フリガナ 氏名	様	性別 男・女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	(満 歳)
	住所	電話	
主介護者	フリガナ 氏名	様	続柄
	住所	電話	
現症等	要支援	1・2	要介護 1・2・3・4・5 申請中
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	既往歴	有・無	
	認知症	有・無 <input type="checkbox"/> 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 行為失行 <input type="checkbox"/> ( )	
	BPSD	有・無	
	服薬	有・無 (朝・昼・夜)	
	処置		
身体状況	視力	普通 支障あり	
	聴力	普通 支障あり 補聴器 有・無 (右・左)	
	歩行	独歩 付添い歩行 車椅子	
	食事	自立 一部介助 全介助 ※食事形態 主食( ) 副菜( )	
	入浴	自立 一部介助 全介助 ・一般浴 ・リフト浴	
	排泄	自立 一部介助 全介助 失禁 有・無 パットの使用 有・無	
	その他		
ご利用日	月・火・水・木・金・土	体験・見学ご希望日時	
備考			

分かる範囲内でご記入を宜しくお願い致します

社会福祉法人 聖テレジア会  
 在宅ケアセンター大船  
**デイサービス台**  
 事業所番号(1472100328)  
 〒247-0061 神奈川県鎌倉市台2-8-1  
 TEL 0467-46-5700 FAX 0467-46-7792