

体験利用受付票

《利用者基本情報》

デイサービス千里苑

体験希望日	年 月 日 ()	事業所				
		担当CM				
本人の状況	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設入居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
フリガナ						
本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正 年 月 日 歳 昭和			
住所	〒		電話			
			携帯			
家族連絡先	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		続柄			
	〒		電話			
介護区分	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5					
利用内容	<input type="checkbox"/> 体験 <input type="checkbox"/> 見学 <input type="checkbox"/> その他					
体験選択	送迎	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	食事	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	入浴	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
	家族案内	<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	その他			
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()				
	用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	形態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()				
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 注意点等 ()				
現病歴・既往歴 (新しいものから記載、現在の状況に関連するものは必ず記載願います)						
年月日	病名	経過・状況				
体験時の希望内容・留意点等 (趣味や好きな事、本人の性格等)					家族構成	

利用者基本情報

《基本情報》

作成者：

相談日	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来 (前)	
本人の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 ()			
本人氏名	〒 _____	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日 () 歳	
住所	〒 _____	Tel		
		Fax		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
認定情報	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5 有効期限 _____ (前回介護度 _____) 被保険者番号： 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害者認定	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病 その他()			
本人の居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 自室の有無 () 階			
	住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 遺族年金			
来所者(相談者)			家族構成 ◎=本人 ○=女性 □=男性 ●■=死亡 ☆=キハソ 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所連絡先	〒 _____	続柄 _____		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
				Tel Tel
				Tel Tel
			Tel Tel	
			Tel Tel	
			Tel Tel	
			家族関係の状況 _____	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往症と経過》 (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
			☆		<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	
					<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経観中 <input type="checkbox"/> その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

氏名 _____ 印 _____