

通所リハビリテーションひかり 利用申込書

私は、この度『デイケアひかり』の説明を受け納得したので、ケアプランに沿ったデイケアの利用を希望します。

令和 年 月 日

利用者				生年月日		男・女
住所					TEL	
緊急時連絡先	①氏名	続柄		TEL		
	②氏名	続柄		TEL		
居宅支援事業所					ケアマネジャー:	
主治医	医療機関名			先生	TEL	
家族構成	氏名		続柄	既往歴		
身長	cm	体重	kg	内服		
義歯	有・無	とろみ剤使用	有・無	お薬手帳等わかるものを提出して下さい		
排泄	トイレ(自立・誘導)・一部介助()・全介助・オムツ・パット					
移動	独歩・杖歩行(自立・見守り)・介助歩行()・押し車・車椅子(自走・介助)					
送迎	希望	駐車場所	待機場所		持ち物	
	有・無	庭・路上・他	玄関・自室・居間・他		杖・歩行器・義歯・補聴器・他	
その他 (生活環境・家族の意向・身体面で気になる事など)						