

利用（体験）申込書 ロココ豊中デイサービス

☆当てはまる□には✓を入れて下さい。以下の個人情報はご利用者の処遇に関すること以外に利用いたしません。

ふりがな	記入日	20 年 月 日
氏名	性別	T・S 年 年齢
住 所	□男性 □女性	生年月日 (19 年) 月 日 生 歳
体験希望	20 年 月 日 () 体験希望	入浴 □有 □無 運動 □有 □無
利用希望	□月曜 □火曜 □水曜 □木曜 □金曜	☆入浴状況 □自宅 □施設 □訪問 回／週
介護区分	申請中・要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期限	年 月 日～ 年 月 日

☆利用希望の理由・利用時の留意点など…

※主な疾患名および病状（介護が必要になった原因疾患についてご記入ください）				
疾患情報	病名	発症時期	病名	
		年 月		年 月
		年 月		年 月
	年 月		年 月	
<input type="checkbox"/> 国保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（無・有 級）障害名（ ） <input type="checkbox"/> 社保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 生活保護（担当課名） 担当者名（ ） <input type="checkbox"/> 年金種別（国民年金・厚生年金・共済年金・その他年金） 総額月額 円程度 ※お薬手帳または処方内容のコピーを添付または転記してください。				
お薬情報	内服薬	食前・食後・食間	外用薬	
	昼食	食前・食後・食間	軟膏 湿布 目薬等	
居宅介護支援事業所	事業所	食前・食後・食間	担当ケアマネージャー	
	TEL	FAX	携帯	
主治医連絡先	病院名	診療科	担当医	
	TEL			
現在の状況	□家族と同居（□息子 □娘 □息子家族 □娘家族 □他 ）	）		
	□独居（近隣に支援できる者の有無 有 [氏名] 続柄] ・ 無 ）			
	□その他（□入院中 □入所中 [退院・退所予定：20 年 月 日] □他 ）			
ご家族氏名	続柄	TEL	備考	
住宅情報				
<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> ハイツ <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 玄関までの段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩				

☆利用日、送迎時間に家族の在宅送出し 有・無		
無の場合（□ご自身での施錠可能・□ヘルパー等送出し、迎入れ）		
▼医療・介護に関するサービス利用の状況、1週間のスケジュールをご記入ください。		
サービス	月	木
利用状況	火	金
	水	土
月間予定など…		

ロココ豊中デイサービスセンター 〒561-0893 豊中市宝山町7-8

📞 06-6858-1061 Fax 06-6858-1062 ✉ rococo-ds@kouyukai.jp