

サロン&スポーツいち F A X 利 用 申 込 書

申込日：令和 年 月 日

事業所名：
住 所：
電話番号：
FAX番号：
担 当：

サロン&スポーツいち
〒534-0027大阪市都島区中野町1丁目12番9号2F
TEL：080-4919-3908 / FAX：06-6356-6585
担 当： 吉野（よしの）・ 正木（まさき）

| | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------|----------------|-------|
| ご利用者名 | フリガナ | | 生年月日 | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生 | | |
| | 氏 名 | | 年 齢 | 才 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| | | | 要介護度 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | |
| | 住 所 | 〒 ー | | | | |
| | 電話番号 | | 携帯番号 | | | |
| | 既往歴 | *可能であれば、疾病診断日の記載もお願い致します。 また、病気（認知症以外の方）について、ご本人様の理解（有 ・ 無） | | | | |
| | その他 | 身長（ ）cm / 体重（ ）kg / 入歯（上・下・総） | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 （様たきり度） | 自立, J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2 | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立, I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M | | |
| 緊急連絡先 | フリガナ | | 続 柄 | | | |
| | 氏 名 | | 電話番号 | | | |
| | | | 携帯番号 | | | |
| | 住 所 | | | | | |
| | 病院名 | | | | 担当医 | |
| 住 所 | | | | 電話番号 | | |
| サービス内容 | 移 動 | 自立 ・ 手引き ・ 杖 ・ 歩行器等 ・ 車椅子 ・ 電動車椅子 | | | | |
| | 入 浴 （有 ・ 無） | シャワーボード（ 使用・不使用 ） ・ 洗髪、洗身（自立・見守り・一部介助・全介助） | | | | |
| | | 刺青 or 乾癬（なし ・ あり 部分 ） *ありを選択された場合、入浴時間帯はその日に指定させていただきます | | | | |
| | 排 泄 | 自立 ・ 見守り ・ 声かけ ・ 誘導 ・ 一部介助 ・ 全介助 | | | | |
| | 食事内容 | 食事制限 （なし ・ あり：糖分 ・ 塩分 ・ 食事量 ・ その他 ） | | | | |
| | | 水分制限 （なし ・ あり：1日 cc ～ cc ） | | | | |
| | | アレルギー（なし ・ あり： ） | | | | |
| | 食事形態 | 主食・・・（常食 ・ 軟飯 ・ おかゆ ・ ペースト ） | | | | |
| | | 副食・・・（常食 ・ 一口大・ キザミ ・ ペースト ） | | | | |
| 服薬内容 | 朝・・・（なし ・ あり ） | | | | | |
| | 昼・・・（なし ・ あり ） | | | | | |
| | 夕・・・（なし ・ あり ） | | | | | |
| 運動に関する注意事項 | なし・有（ ） | | | | ペースメーカー（有 ・ 無） | |
| 利用目的 | 社会交流 ・ レク ・ 食事 ・ 入浴 ・ リハビリ ・ 外出 ・ カラオケ ・ その他（ ） *該当する項目に「○」の記載をお願い致します | | | | | |
| 特記事項 | ※感染症疾患 無 ・ 有（ ） | | | | | |
| 希望日 | 令和 年 月 日 （特になし） | | | | | |

ご記入にあたり、簡単でも構いませんので、記載できる範囲ご記入お願いいたします。