

サロン&スポーツクローバー 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&スポーツクローバー  
〒535-0021大阪府大阪市旭区清水3丁目23番13号  
T E L : 080-7656-5787 / F A X : 06-6954-8552  
担 当 : 高塚 (たかつか) 名田 (なだ)

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 (独たきり度)	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)					