

サロン&スポーツスペース 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： 様

サロン&スポーツスペース  
〒534-0001大阪市都島区毛馬町5-8-6  
TEL：080-7592-3785 / FAX：06-6924-8019  
担 当：尾上（おのうえ） 松田（まつだ）

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、病气（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 (優たきり度)	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）					