

ロハスいまざと 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：

ロハスいまざと
〒537-0013大阪府大阪市東成区大今里南4-3-16
TEL：080-4787-1794 / FAX：06-6972-1150
担 当：米川（よねかわ）・久保（くぼ）様

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）					