

デイケア1日体験 利用申込書

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日
ご利用者氏名	様 男・女	M・T・S 年 月 日 歳
		身長()cm、体重()kg、血圧(/)
住 所	〒	電話 ()

利用申込者	氏名		住所	〒
	続柄		電話	
緊急連絡先	氏名		電話	

介護支援事業所	事業所名	_____		
	担当者名	_____		
	住所	〒 _____		
	電話	_____ FAX _____		

保険者	被保険者番号
-----	--------

要介護状態区分	要支援	1	2	要介護度	1	2	3	4	5
---------	-----	---	---	------	---	---	---	---	---

既往歴	<p>1. 今までに、手術で入院されたり、長く治療を受けたことはありますか。 当てはまるものに○をつけてください。</p> <p>脳卒中・骨折(手/足/その他)・心臓病・腎臓病・肝臓病・糖尿病 高血圧・てんかん・癌()・その他()</p> <p>上記で○をつけたもので、詳細などがわかる範囲で記入してください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">病名</td> <td style="text-align: center;">いつ頃</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>(S・H 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>(S・H 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>(S・H 年 月 日)</td> </tr> </table> <p>2. 現在、痛みがある部位はありますか。(ある・ない) ある → 部位名()</p> <p>3. 1ヶ月以内に転倒や怪我をされたことはありますか。(はい・いいえ) はい → 具体的をお願いします。()</p> <p>4. 現在、処方されているお薬があれば教えてください。 ()</p>	病名	いつ頃	()	(S・H 年 月 日)	()	(S・H 年 月 日)	()	(S・H 年 月 日)
病名	いつ頃								
()	(S・H 年 月 日)								
()	(S・H 年 月 日)								
()	(S・H 年 月 日)								

体験希望日	第1希望日:	月	日
	第2希望日:	月	日
	第3希望日:	月	日