

## デイケア・デイサービス

基本 NO	デイケア NO	デイサービス NO	担当者
*	*	*	*

フリガナ			
ご利用者氏名	申込日 平成 年 月 日		
サービス区分(○印)	・デイケア(ベルアルト)      ・デイサービス(ベルライブ)		
希望回数 曜日	(      )回/週      月 火 水 木 金 土		
通所サービスを希望する理由			
下記の該当するところに ○ を付けてください。介護の参考にさせていただきます。			
移動	・歩行      ・杖      ・歩行器(本人所有 あり・なし)      ・車椅子(本人所有 あり・なし)		
入浴	・機械浴      ・一般浴      ・入浴なし		
食事(主食)	・ご飯      ・お粥      ・その他 (      )		
(副食)	・普通      ・軟らかい      ・きざみ      ・ミキサー食		
排泄	・自分で行く      ・声かけ必要      ・定期的な介助		
お薬	・ある(飲み薬・目薬・貼り薬・塗り薬)      ・なし		
送迎	送迎は希望されますか      ・希望する      ・希望しない		
機能訓練	リハビリを希望されますか      ・希望する      ・希望しない		
ご本人が望む 生活上の希望 (例文を参考に ご記入ください)	・移動 (例)杖を利用し歩けるようになりたい (      ) ・更衣 (例)間違えずに着替えたい (      ) ・食事 (例)自分でおいしく食べたい (      ) ・排泄 (例)スムーズに便器へ移りたい (      ) ・入浴 (例)自分で体が洗えるようになりたい (      ) ・その他 (      )		
備考	在宅でお困りな点や今後ご希望されるサービス等ありましたらご自由にお書きください		