

ご利用(ご体験)申込書

株式会社YuuzNext

(共生型)Nextデイサービス
(介護)地域密着型通所介護
(障がい)生活介護

電話 06-6975-7557
FAX 06-6975-7558

令和 年 月 日

ご利用者	フリガナ 氏名		性別 (男/女)	生年月日 明・大・昭 年 月 日生まれ (歳)		
	住所〒		電話番号(自宅) - -			
ご家族連絡先	氏名		ご家族(自宅) - -			
	続柄()		ご家族(携帯) - -			
	住所〒					
介護保険被保険者番号	負担割合		割負担	生活保護の受給 有 ・ 無		
要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	【 区変中(付け)・更新中 】			
障害福祉サービス受給番号	市町村()					
障害支援区分	1 2 3 4 5					
認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日					
かかりつけの医療機関名	(受診科名) 科 (担当医) 先生					
TEL:	◎障害高齢者の日常生活自立度(ねたきり度): 自立/J1/J2/A1/A2/B1/B2/C1/C2 ◎認知症高齢者の日常生活度: 自立/I/IIa/IIb/IIIa/IIIb/IV/M					
現病・既往歴・感染症など						
年 月	①	(完治/服薬中/薬剤塗布あり)	年 月	③	(完治/服薬中/薬剤塗布あり)	
年 月	②	(完治/服薬中/薬剤塗布あり)	年 月	④	(完治/服薬中/薬剤塗布あり)	
服薬内容						
身体状況						
視力	【 左・右 】	【 支障あり・なし 】	障がい 身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 難病			
聴力	【 左・右 】	【 支障あり・なし 】				
言語	【 可・少し不自由・不自由・不可 】	【 構音障害・失語症 】				
話の理解	【 可・なんとか可・不可 】					
認知症	【 重度・中等度・軽度・なし 】					
高次脳機能	【 失認・失行 】					
義歯	【 上のみ・下のみ・全・なし 】					
睡眠	【 良好・普通・不良 】	眠剤【 有・無 】				
麻痺	【 有 ・ 無 】					
拘縮	【 有 ・ 無 】					
移動	室内:	【 自立・一部介助・全介助 】				
	屋外:	【 自立・一部介助・全介助 】				
食事	【自立・一部介助・全介助】	食事制限 【 有・無 】	アレルギー 【有・無】			
トイレ	【 自立・一部介助・全介助 】	リハビリパンツ【有・無】	オムツ・パット【有・無】			
歩行	【 自立・見守りを要する・手引き歩行・歩行器・車いす 】					
その他・特記事項等						
利用希望曜日		月	火	水	木	金
希望の曜日・時間帯に○をお願いします。	AM					
	PM					
体験利用希望日	月 日 曜日(: ~ :)					
その他要望等	※入浴【有・無】 ※昼食【有・無】→体験時の昼食代はかかりません					
居宅介護支援事業所				TEL:	-	-
担当ケアマネージャー				FAX:	-	-
相談支援事業所				TEL:	-	-
担当相談支援専門員				FAX:	-	-

FAX番号

06-6975-7558