# デイサービス昭和館　利用相談表

記入日 2020 年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | T・S　　年　　月　　日（　　歳） | |
| 申込利用者名 | | 男・女 | | | |
| ふりがな | | | | | |
| 申込利用者連絡先 | 〒　　電話番号:　　（　　）<br>大阪市 | | | | |
| 介護被保険者番号 | | | 要介護状態区分 | 支1・支2・1・2・3・4・5 | |
| 介護保険者番号 | 大阪市　2 7 1 0 0 7 | | 生活保護受給 | 有　・　無 | |
| 介護認定有効期間 | 平成・令和　　年　　月　　日　～　平成・令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 手帳 | 身体・精神・療育 | 等級 | | 交付年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 |
| 担当居宅事業所 | | 連絡先 | 〒　　電話　　（　　）<br>住所: | | |
| 介護支援専門員 | | 事業所番号 | | | |
| 主介護者 | 〒　　電話番号:　　（　　）<br>様（続柄:　　）　住所: | | | | |
| 緊急連絡先 | 〒　　電話番号:　　（　　）<br>様（続柄:　　）　住所: | | | | |
| 利用希望曜日 | 月・火・水・木・金 | 送迎 | 有・無 | 入浴 | 有・無 |
| 主治医 | | 連絡先 | 〒　　電話　　（　　）<br>住所: | | |
| 利用者既往歴 | | 麻痺 | 無<br>有（　　） | 感染症 | 無<br>有（　　） |
| 服薬 | □なし　□食前薬あり　□食直前薬あり　□食間薬あり　□食後薬あり　□軟膏処置などあり | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | 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 | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 身体状況 | ・視力：□良好　□1m範囲内　□目の前　□ほどんど見えない　□不明　□眼鏡使用 | |
| | ・聴力：□良好　□耳元なら聞こえる（□普通声　□大声）　□ほとんど聞こえない　□補聴器使用 | |
| | ・歩行：自立・手引き・杖・手押し車・歩行器・車いす（自走・介助）・その他（　　） | |
| | ・食事：通常・粥・重湯・その他（　　） | 摂取：自立・一部介助・全介助 |
| | ・義歯：□あり（□総義歯　□部分義歯）　□なし | 入浴：自立・一部介助・全介助 |
| | ・アレルギー：無・有（　　） | 更衣：自立・一部介助・全介助 |
| | ・尿意：□あり　□時々あり　□なし　・便意：□あり　□時々あり　□なし | 整容：自立・一部介助・全介助 |
| | ・オムツ類の使用：無・有（　　） | 排泄：自立・一部介助・全介助 |
| 理解記憶 | ・短期記憶：□問題なし　□問題あり　・認知記憶：□自立　□多少困難　□要見守り　□判断不可 | |
| | ・伝達能力：□伝達可　□多少困難　□具体的要求のみ　□伝達不可 | |
| BPSD | □無　□有（□幻覚　□妄想　□幻視　□幻聴　□奇声　□異食　□盗食　□暴言　□暴行　□徘徊 | |
| | □昼夜逆転　□不潔行為　□性的行動　□介護拒否　□火の不始末　□その他（　　）） | |
| 備考 | | |

デイサービス昭和館　FAX：06−6655−5671