

- クローバーのさと デイサービス カウピリ板橋
 クローバーのさと 認知症対応型デイサービス カウピリ板橋

宛て

申込書

お申込み：FAX 03-3957-1115

ご希望の曜日、回数、開始日と別紙「情報提供書No. 1～No. 3」をご記入の上、
 合わせてお申し込みください。
 (まずはご見学のみをご希望される場合は、こちらの用紙と「情報提供書No. 1」の2枚



事前訪問・契約・日程調整

事前に職員が訪問させていただき、ご本人様の心身の様子や要望等を伺わせていただきます。

またサービス内容や料金についてご説明させていただきます。

事業所名	
事業所TEL番号	
ご担当者氏名	
事業所FAX番号	

ご利用者様氏名	ご利用希望					
様	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土
送迎	週に			回 希望		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	月に			回 希望		
入浴	見学希望日			/	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	見学時の送迎希望			<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
見学希望	※見学時の送迎が必要な場合は、人数と車椅子の有無をお知らせ下さい。 ↓					
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
備考						

お申込みありがとうございました。 今後ともよろしくお願ひ致します。

- クローバーのさと デイサービス カウピリ板橋
 クローバーのさと 認知症対応型デイサービス カウピリ板橋
 クローバーのさと ショートステイ カウピリ板橋

情 報 提 供 書 N o. 1

記入日： 西暦 年 月 日

ふりがな 利用者名			性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	大・昭 年 月 日			歳
住所				
電話番号				

介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ()	<input type="checkbox"/> 要介護 ()
負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (第 段階)	負担割合 割
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (福祉事務所：) (担当：)	

担当 事業 所	事業所名	担当	
	住所		
	電話番号	FAX番号	

緊 急 連 絡 先	フリガナ 氏名	続柄	
	住所		
	電話番号	日中	夜間

利用 目的			
----------	--	--	--

現在 の 利 用 サ ー ビ ス	訪問介護		訪問看護	
	訪問入浴		訪問リハビリ	
	通所介護		通所リハビリ	
	福祉用具		短期入所	
	その他			

※介護保険証の写し、お薬手帳や内服薬の処方内容の分かるものを添付ください。

「介護保険限度額認定証」「社福減免証」をお持ちの方は合わせて添付ください。

情報提供書 No. 2

緊急時の 医療機関	第1希望		受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	第2希望		受診歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

かかりつけ 医療機関	機関名				n o
	医師名	医師	科		
	住所		電話		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 週	回	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 往診

病歴 ※完治したものもご記載下さい。完治の場合、完治と記載下さい。

注意事項	
------	--

医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻)	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 自己導尿
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (<input type="checkbox"/> ℥/分)	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 膀胱瘻
	<input type="checkbox"/> インスリン 単位数	(<input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 介助)	
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位 :	処置内容 :	
感染症	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> M R S A	<input type="checkbox"/> 痒癬
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> 梅毒
	<input type="checkbox"/> その他		
療養食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 (カロリー)	<input type="checkbox"/> 腎臓病食 (蛋白制限 g)	
	<input type="checkbox"/> 塩分制限食	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食	<input type="checkbox"/> 貧血食
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ml / 日)		

障害高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
医師の認知症診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名 診断時期 年頃)

情報提供書 No. 3

A D L 等 (該当にチェックをつけてください)							備考	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 右 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 四肢							
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()			眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
聴覚	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ()			補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 発語なし							
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> その場のみ <input type="checkbox"/> 困難							
A D L (移 動 ・ 動 作)	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 伝い						
		<input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー						
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可						
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支持物 <input type="checkbox"/> 不可						
	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要支持物 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要支持物 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
寝具	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> エアマット使用							
食事	介助程度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()					
		副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()					
	経管栄養	内容: ()						
	水分	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> むせ込みあり <input type="checkbox"/> トロミ剤使用 <input type="checkbox"/> その他						
	禁止食等							
使用物品	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> エプロン							
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> リバパン <input type="checkbox"/> オムツ						
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> リバパン <input type="checkbox"/> オムツ						
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
入浴	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あいまい			排便	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 便秘 (日間隔)		
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あいまい				<input type="checkbox"/> 下剤 ()		
着脱	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェアーバス <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	介助程度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
歯	上衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	下衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 上下 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理								
<input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> ガーグルベース	
<input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							<input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 整髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							<input type="checkbox"/> ガーゼ ()	
<input type="checkbox"/> 髭剃り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							<input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤	
睡眠	状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転			眠剤使用	<input type="checkbox"/> あり 与薬時間 時 分頃		
	就寝時間	時 頃				起床時間	時	
備考								