

ご利用・ご見学申込書

医療法人社団 医優会 in LEAF
 TEL 045-717-6205
 FAX 045-717-6206



個人情報	氏名	ふりがな		性別		生年月日			(歳)				
	住所												
	本人TEL				家族TEL								
基本情報	身長			体重									
	要介護度			認定期間									
	障害高齢者の日常生活自立度				<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	認知症高齢者の日常生活の自立度				<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
身体状況	診断名												
	合併症				手術歴								
	かかりつけ病院				担当医								
					TEL								
	家族状況		<input type="checkbox"/> 同居		<input type="checkbox"/> 独居								
	視力	【 左 ・ 右 】		【 支障あり ・ なし 】									
	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 ・ 少し不自由 ・ 不自由 ・ 不可 】											
	認知症診断	【 重度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ なし 】											
	高次脳機能	【 失行 ・ 失認 】											
	睡眠	【 良好 ・ 普通 ・ 不良 】		眠剤 【 有 ・ 無 】									
麻痺	【 有 ・ 無 】												
拘縮	【 有 ・ 無 】												
移動	【 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 】												
食事	【 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 】												
トイレ	【 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 】												
感染症	【 有 ・ 無 】												
義歯の使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	むせる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	歯の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
歯肉の腫れ、出血		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり											
認知症診断		<input type="checkbox"/> アルツハイマー	<input type="checkbox"/> 血管性認知症	<input type="checkbox"/> レビー小体	<input type="checkbox"/> その他								
意思疎通		<input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話しかける		<input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる		<input type="checkbox"/> 反応がない							
備考欄													
	利用希望日		月	火	水	木	金	土					
	利用希望時間												
	希望の曜日、時間帯に○をお願いします。	AM											
	PM												
事業所名					TEL								
担当CM					FAX								