

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			
	緊急連絡先	(氏名)	(続柄)	緊急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				