

# 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					