

福神 デイサービスセンター



～パンフレット・申し込み用紙～

清須市・あま市・名古屋市・北名古屋市・稲沢市・津島市・一宮市・大治町にお住まいの方で
「要支援1・2」「要介護1・2・3・4・5」の介護保険認定を受けておられる方であればどなたでもご利用して頂く事ができます。介護保険を初めて利用される方もお気軽に御相談下さい。

《ご利用までの流れ》

お申込み

担当ケアマネージャー様とご相談の上、当センターまでご連絡下さい。

面談

ご連絡を頂きましたら日程調整の上、当センターの生活相談員がご自宅にお伺いさせて頂き、ご利用についてのご相談をさせていただきます。

調整

面談の際にお聞きしたご利用曜日やお食事内容等のご意向について出来る限りそえるように調整させていただきます。

ご契約

ご利用者様と当デイサービスセンターとの契約を結びます。

ご利用開始

デイサービスのご利用開始となります。

福神デイサービスセンター お申し込み用紙

記入日 平成 年 月 日

■ご利用者様について

氏名	性別	生年月日
フリガナ 様	男性 ・ 女性	明・大・昭・平 年 月 日
住所 (清須市・あま市・名古屋市・北名古屋市・大治町・稲沢市・一宮市)		
TEL	FAX	携帯
()	()	()

■介護について

介護保険認定情報		
申請未 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
居宅介護支援事業所	担当ケアマネージャー様 氏名	他のサービスのご利用
		している ・ していない

■病気について

主治医 医療機関名	主治医氏名		診療科
既往歴	発症年月日	治療の有無	経過
	平成 年 月 日	している ・ していない	
	平成 年 月 日	している ・ していない	
	平成 年 月 日	している ・ していない	

■主介護者様について

氏名	性別	続柄	同居の有無
フリガナ 様	男性 ・ 女性		同居 ・ 別居
住所			
TEL	FAX	携帯	
()	()	()	
就労状況	連絡を希望する曜日と時間		
している ・ していない			
健康状態			
健康 ・ 精神的疲労あり ・ 身体的疲労あり ・ 精神的身体的疲労あり			
お困りの点やご希望されるサービス等がございましたらお書き下さい。			

福神デイサービスセンター お申し込み用紙

■ サービスのご利用について

デイサービスご利用希望曜日に ○ をつけて下さい。						
日	月	火	水	木	金	土
該当する所に ○ をつけて下さい。介護の参考にさせていただきます。						
移動	歩行 ・ 杖 ・ 歩行器(本人所有 あり ・ なし) ・ 車いす(本人所有 あり ・ なし)					
入浴	機械浴 ・ 一般浴 ・ 入浴なし ・ 清拭					
食事	ご飯(普通 ・ 柔らかめ ・ お粥) ・ おかず(普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー食)					
排泄	ご自分で行かれる ・ 声かけが必要 ・ 見守りが必要 ・ 一部介助が必要 ・ 全部介助が必要					
お薬	あり(飲み薬 ・ 目薬 ・ 塗り薬 ・ 張り薬 ・ その他) ・ なし					
お困りな点やご希望されるサービス等がございましたらお書き下さい。						

■ ご利用者様が望まれる生活上の希望について

生活動作	
移動	杖を利用して歩けるようになりたい など
更衣	間違えずに着替えたい など
食事	自分でおいしく食べたい など
排泄	スムーズに便器へ移りたい など
入浴	自分で身体が洗えるようになりたい など
その他	

何かご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。

福神デイサービスセンター(事業者番号:2375200769)

住所:清須市西枇杷島町小野田34番地1

TEL:052-505-5517

FAX:052-740-3737