社会福祉法人響会事業利用に関する意見書

利用を希望するサービスの種類（いずれかに○）		１．通所介護（デイサービス）入浴サービスを含む
		２．短期入所生活介護（ショートステイ）入浴サービスを含む
利用者	住　所	大田区
	氏　名	男・女　明・大・昭　年　月　日生

認知症日常生活自立度	無	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	Ⅴ

上記の者がサービス事業を利用するにあたって、病状に特段の変化がない限り次のとおり指示します。

１．　現在の身体・精神状況

① 所　見

② 平常時の体温・血圧　　℃　　mmHg

③ 下記の場合は**「受診もしくは主治医への上申」**を検討する事。

体　温　　℃以上
最高血圧　　mmHg 以上　　mmＨｇ以下

④ 感染症疾患（**肝炎等**）　無　・　有（　　）

⑤ 皮膚疾患等　無　・　有（　　）

⑥ 主な既往歴

⑦ その他注意すべきこと

２．　利用の可否

（１）通所介護（デイサービス）	利用	可　・　否
（２）入浴サービス	移送	可　・　否
	入浴	可　・　否
（３）短期入所生活介護（ショートステイ）	移送	可　・　否
	入浴	可　・　否
	入所	可　・　否

３．　その他の特記事項

令和　　年　　月　　日
医療機関名

医　師　名

好日苑デイサービスセンター（通所介護）　TEL：03-3748-6135　FAX：03-3748-6139
好日苑（短期入所生活介護）　TEL：03-3748-6193　FAX：03-5499-3230