

南堺病院 精神科デイ・ケア 『オリーブの花』 利用相談・体験

フリガナ		男	生年月日	年齢
氏名		女	年 月 日生	満 歳
住所	〒 — — — — —			家族同居・独居・施設入所中
連絡先	☎ — — — — —		☎ — — — — —	
申込者	本人・代理人	代理人氏名	続柄()	
代理人連絡先	☎ — — — — —		☎ — — — — —	
体験希望	希望あり・希望なし	体験日調整の連絡先	本人・代理人	
体験希望日	令和 年 月 日	曜日	※火・土・日・祝は、お休みです	
通所希望曜日(希望に添えないこともあります)	月・水・木・金・未定	送迎	要・不要	
障害者手帳	なし あり	医療的処置	尿留置カテーテル 在宅酸素 インスリン 人工肛門 その他()	
介護度	要介護 (5 4 3 2 1)		要支援 (1 2)	自立
担当ケアマネジャー	様(事業所名)		連絡先	— — — — —
移動	自立 見守り 一部介助 全介助	杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 その他()		
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	パッド リハビリパンツ オムツ その他()		
	尿意	なし あり	便意	なし あり
食事	自立 見守り 一部介助 全介助	主食／ 米飯 軟飯 お粥 副食／ 普通 ひと口 キザミ		
	アレルギー	なし あり()	むせ 嚥下困難	なし あり
視力	眼鏡	なし あり	問題なし 近くは見える ほとんど見えない 見えない	
聴力	補聴器	なし あり	問題なし 大きな音は聞こえる ほとんど聞こえない 聞こえない	
意思疎通	問題なし やや困難 困難 不可 備考()			
認知症に伴う症状	記憶障害 見当識障害 徘徊 妄想・幻聴 暴言 暴力 その他()			
<p>☆体験は1回のみ、9時30分～15時30分で昼食付(無料)です。体験時の食事形態は、軟飯＋ひと口大です。</p> <p>☆体験時の送迎はありませんので、家族様等で送り迎えをお願いいたします。</p> <p>☆持ち物：コップ(割れにくい物)・昼食前後のお薬・お薬手帳(薬剤情報)</p> <p>☆医療行為がある方は、前もって医療機関からの情報提供が必要な場合があります。</p> <p>☆その他日常生活に必要なものがあればご持参下さい。(眼鏡・補聴器・オムツ・エプロン等)</p>				
デイ・ケア オリーブの花 TEL 072-236-3666 FAX 072-236-1173 担当 山下				裏面へ ⇒

南堺病院 精神科デイ・ケア 『オリーブの花』 利用相談・体験

フリガナ		男 女	生年月日	年齢
氏名			年 月 日生	満 歳

《現在の通院状況について》

南堺病院	科	主治医	Dr	診察頻度	週間ごと
	科	主治医	Dr	診察頻度	週間ごと
	科	主治医	Dr	診察頻度	週間ごと
他院	診療所・病院		科	診察頻度	週間ごと
	診療所・病院		科	診察頻度	週間ごと
	診療所・病院		科	診察頻度	週間ごと

《日常生活の困りごとについて(当てはまるものに☑)》

- | | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> 物忘れ (同じことを何回も聞く、すぐに忘れる など) | (約 年 月 前から) |
| <input type="checkbox"/> 事実と違うことを言う (家族にお金を取られた など) | (約 年 月 前から) |
| <input type="checkbox"/> 知っている場所での迷子 | (約 年 月 前から) |
| <input type="checkbox"/> 徘徊、外に出かけて帰ってこない | (約 年 月 前から) |
| <input type="checkbox"/> 怒りっぽい、大声を出すようになった | (約 年 月 前から) |
| <input type="checkbox"/> 暴言、暴力が見られるようになった | (約 年 月 前から) |
| <input type="checkbox"/> 気分の落ち込みが見られるようになった | (約 年 月 前から) |
| <input type="checkbox"/> その他 [|] |

《治療についてのご希望(当てはまるものに☑)》

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 相談対応(診断書作成などを含む) | <input type="checkbox"/> 薬物調整の希望 |
|---|----------------------------------|

《デイ・ケアを利用するにあたって(当てはまるものに☑)》

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 積極的いろいろなものに参加する | <input type="checkbox"/> 一人で静かに作業することが好き |
| <input type="checkbox"/> 手作業が得意 | <input type="checkbox"/> 体を動かすことが好き |
| <input type="checkbox"/> 自分の思いは、自分で伝えられる | <input type="checkbox"/> 声掛けをしてもらえれば、思いを伝えられる |

※趣味や楽しめること(プログラムの参考にさせていただきます)

《デイ・ケアに希望すること(当てはまるものに☑)》

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 日中の活動場所 | <input type="checkbox"/> 家族様のレスパイト |
| <input type="checkbox"/> 家族様以外の人とのかかわり | <input type="checkbox"/> 生活リズム作り |
| <input type="checkbox"/> 認知機能のリハビリ | <input type="checkbox"/> 現在の困りごと(症状)の緩和 |