

シニアアシスタントサービス実施記録

平成29年度 経産省委託事業
生活支援ニーズの把握・分析に使用します。具体的にご記入ください。

個人情報保護の目的から例の様にご記入下さい。 (例:愛○ 太○ 様)		所属 グループ名	
お客様氏名:		シニア アシスタント 氏名	
サービス実施日時	平成 年 月 日	提供時間	時 分 ~ 時 分
事前情報収集 <small>ここはお客様が直接ご記入 されますか、聴取にて ご記入ください。</small>	既往歴	大腿骨頸部骨折 無・有	→ 禁止される動作 無・有(前屈姿勢・正座・しゃがむ)
		胸腰椎圧迫骨折 無・有	→ 禁止される動作 無・有(体幹をひねる動作)
		その他()	駐車場 有・無 駐輪場 有・無
		その他()	飼い犬等 有・無 表札 有・無
お身体 の状態	転倒の既往はありますか? いいえ・はい お使いの福祉用具はありますか? 杖・歩行器・車いす		安全のためにシニアアシスタントに伝えて おきたい事
サービス内容	1買い物 2ごみ出し 3布団干し 4シーツ交換 5薬の受け取り代行 6トイレ掃除 7お風呂掃除 8キッチン掃除 9居室などの掃除 10調理 11洗い物 12洗濯 13アイロン掛け 14ケアセラピストトリートメント(ハンド・フット・フェイシャル・ネイル) 16病院の付き添い 17お話し相手 18 その他()		
シニアアシスタント 退室時 確認事項	<input type="checkbox"/> 火元 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 戸締り <input type="checkbox"/> お客様のご様子() <small>例:ソファに腰かけてテレビをご覧になっている など</small>		
次回ご予約 記入欄	※次回は有料となります。	次回ご予約時 ご希望の お支払方法	現金 / 振込み / その他() ※見込みでご記入いただいて結構です。
		お客様 サイン	ご家族 サイン

※ 複写をとり保管して下さい。本紙は本部へ提出して下さい。