

富美ヶ丘荘デイ・サービスセンター 体験申込書

申し込み日	年 月 日	体験希望日	月 日	同伴者	有・無				
フリガナ		生年月日							
ご利用者様氏名				年 月 日生	歳				
ご利用者様住所		〒 -							
		TEL							
ご家族様等 緊急連絡先		お名前			続柄:				
		ご住所	〒 -						
		TEL	①	②					
支援事業者名		事業所名		担当ケアマネージャー					
				様					
		電話番号		FAX番号					
要介護度		<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2							
		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
お体の状態		食事		主食	米飯・軟飯・粥	副食	普通・一口・刻み・ペースト		
				食事のアレルギー		有・無	(備考)		
		歯の状況		総義歯・部分義歯・義歯無し			(備考)		
		歩行		<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	手引き	<input type="checkbox"/>	歩行器
				<input type="checkbox"/>	車椅子	私物車椅子の持参 有・無		<input type="checkbox"/>	杖持参
				(備考)					
		排泄		<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	声掛け必要		
				<input type="checkbox"/>	一部介助必要		<input type="checkbox"/>	全介助が必要	
				排泄用品	<input type="checkbox"/> オムツ+パット		<input type="checkbox"/> リハパン+パット		<input type="checkbox"/> リハパンのみ
		<input type="checkbox"/> パットのみ			<input type="checkbox"/> 使用無				
		入浴		体験入浴	有・無	自立・一部介助・全介助			
				入浴形態	一般浴槽・個別浴槽・ストレッチャー浴				
				入浴時注意点					
		投薬状況		投薬持参	有・無	投薬内容	()		
		視力		<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	やや見えにくい	<input type="checkbox"/>	見えにくい
聴力		<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/>	聞こえにくい		
意思の伝達		<input type="checkbox"/>	容易	<input type="checkbox"/>	やや難しい	<input type="checkbox"/>	難しい		
認知症自立度			BPSD	有・無					
既往歴									

※体験利用時は医療行為(浣腸等)については基本的に行っておりませんので御了承ください。
また、既往・投薬内容については、必ずご記載くださいますようお願い致します。