

体験利用申込書

利用 者	住 所		電話 番号		性 別	男・女
	氏 名		生年 月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
体験希望日時		年 月 日 () : ~ :				

※送迎希望の方は事業所のサービス提供時間に合わせ事業所で調整し実施します。個別の体験時間希望がある方は応相談。

楽しい1日を過ごしていただくために、いろいろ教えてください。				
緊急時の 連絡先	氏名：（続柄：）		主治医：	
	連絡先：（）－		携帯：－	
要介護度	要支援〔1・2〕要介護〔1・2・3・4・5〕申請中未申請			
紹介者名	事業所名：			
	ケアマネージャー名：		電話番号：（）－	
健康状態	現病名			
	既往歴			
	服薬	無・内服薬（食前・食後・食間）・外用薬・その他		
	麻痺・拘縮	麻痺（無・あり（））		
	痛み・制限	拘縮（無・あり（））		
	移動・移乗	見守りが必要・一部に介助・全介助		
		杖・歩行器/押し車・車椅子		☐ 施設準備希望
	排泄	自立・見守り・要介助（）		
	認知症	無・有	感染症の有無	無・有（）
その他注意点	耳が遠い（補聴器 ☐ あり ☐ なし）・目が悪い・話すことが苦手			
サービスの希望 （✓を入れてください）	☐ 送迎	送迎希望【無・有（）】		
	☐ 活動	≪↓過ごし方についてご希望や注意点などあれば記載下さい↓≫		
	☐ 食事 ※現金にてご準備ください	食事方法（箸・スプーン・フォーク・経管）		
		主食（普通・お粥・ミキサー）	副食（普通・一口大・ミキサー）	
☐ 入浴	方法【歩浴・機械浴】		介助【見守り・一部・全介助】	
特記事項 （利用者の好きなこと・趣味・上記以外の希望や注意点など）				
貴施設の体験利用にあたり、体験利用中の自損行為等による過失（施設側による過失を除く。）については、一切の異議を申し立てないことを誓約いたします。 年 月 日 氏 名			【こちらには記入しないでください】 受付日： 年 月 日 受付者： ひるかわデイサービスセンター 管理者： 確認印	

記入例

体験利用申込書

利用者	住所	中津川市蛭川●●番地	電話番号	45-●●●●	性別	☒ 男・女
	氏名	蛭川 太郎	生年月日	大正・昭和・平成 ●年 5月 12日 (80 歳)		
体験希望日時		令和●年 ●月 ●日 (曜日) 9:15 ~ 16:15				

※送迎希望の方は事業所のサービス提供時間に合わせ事業所で調整し実施します。個別の体験時間希望がある方は応相談。

楽しい1日を過ごしていただくために、いろいろ教えてください。

緊急時の 連絡先	氏名	中津川 花子 (続柄: 娘)		主治医	蛭川診療所	
	連絡先	(0573) 66-●●●● 携帯: 090 - 1234 - ●●●●				
要介護度	要支援 [1 ・ 2] 要介護 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5] ☒ 申請中 未申請					
紹介者名	事業所名	担当のケアマネージャーさんがいれば記入下さい まだ担当がない場合は空欄で結構です				
	ケアマネージャー名					
健康状態	現病名	認知症・高血圧・慢性心不全				
	既往歴	脳梗塞				
	服薬	☒ 無・内服薬 (食前・食後・食間) ・外用薬・その他				
	麻痺・拘縮	麻痺 ☒ 無・あり ()				
	痛み・制限	拘縮 ☒ 無・あり ()				
	移動・移乗	☒ 自立・見守りが必要・一部に介助・全介助				
		☒ 杖・歩行器/押し車・車椅子				☐ 施設準備希望
	排泄	☒ 自立・見守り・要介助 ()				
	認知症	☒ 無・ ☒ 有		感染症の有無 ☒ 無・有 ()		
その他注意点	耳が遠い・目が悪い・話すことが苦手・ ()					
サービスの 希望 (✓を入れてください)	☒ 送迎	送迎希望【無・ ☒ 有 ()】				
	☒ 活動	≪↓過ごし方についてご希望や注意点などあれば記載下さい↓≫ たまに心臓がえらいと言うので、本人の希望で休んでもらってください。				
	☒ 食事 ※現金にてご準備ください	食事方法 (☒ 箸・スプーン・フォーク・経管)		主食 (☒ 普通・お粥・ミキサー) 副食 (☒ 普通・一口大・ササミ・ミキサー)		
	☒ 入浴	方法【 ☒ 歩浴・機械浴 】		介助【 ☒ 見守り・一部・全介助 】		
特記事項 (利用者の好きなこと・趣味・上記以外の希望や注意点など)		1人暮らしで生活が心配なのでデイサービスを使って欲しいのですが、どこか分からないのに行けないと言うので体験をお願いします。人当たりはいいので知り合いに会えると嬉しいかもしれません。文字を書くことは苦手みたいです。いつもは外で草取りをしています。				
貴施設の体験利用にあたり、体験利用中の自損行為等による過失(施設側による過失を除く。)については、一切の異議を申し立てないことを誓約いたします。						
令和●年 ●月 ●日 氏名 中津川 花子 						
【こちらには記入しないでください】 受付日: 年 月 日 受付者: ひるかわデイサービスセンター 管理者: 確認印						