

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 ・ ミサー)	副食 (普通 ・ 一口大 ・ 炒み ・ ミサー)			
	とろみ (不要 ・ 必要)		義歯 (無 ・ 有 (部分 ・ 総義歯))			
☐ 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 (印)			【こちらには記入しないでください】 受付日 : 年 月 日 受付者 : 宅老所かざぐるま 管理者 : 確認印			

記入例

体験利用申込書

利用者	住所	中津川市田瀬●●番地	電話番号	72-●●●●	性別	☒ 男・女
	氏名	かざぐるま 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) 9:00 ~ 16:00				

※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	●●医院	
	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・サミ・ミキサー) とろみ (☒ 不要・必要) 義歯 (無・ ☒ 有 (☒ 部分・総義歯))				
	☒ 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: 宅老所かざぐるま 管理者: 確認印			