

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 送迎	送迎希望【 無 ・ 有 () 】		
	<input type="checkbox"/> 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 ↓ ≫		
	<input type="checkbox"/> 食事 ※750円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 ・ 炒み ・ ミキサー) とろみ (不要 ・ 必要) 義歯 (無 ・ 有 (部分 ・ 総義歯))		
<input type="checkbox"/> 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:

加子母デイサービスセンター ささゆり

管理者: 確認印

記入例

体験利用申込書

利用者	住所	中津川市加子母●●番地	電話番号	79-●●●●	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	氏名	加子母 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: 河村医院
	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] <input checked="" type="radio"/> 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 ケアマネージャー名: まだ担当がない場合は空欄で結構です	
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	<input checked="" type="radio"/> 無・内服薬(食前・食後・食間)・外用薬・その他
	麻痺・拘縮	麻痺 <input checked="" type="radio"/> 無・あり()
	痛み・制限	拘縮 <input checked="" type="radio"/> 無・あり()
	移動・移乗	<input checked="" type="radio"/> 自立・見守りが必要・一部に介助・全介助 <input checked="" type="radio"/> 杖・歩行器/押し車・車椅子 <input type="checkbox"/> 施設準備希望
	排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立・見守り・要介助()
	認知症	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 感染症の有無 <input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 送迎	送迎希望【無・ <input checked="" type="radio"/> 有()】
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事 ※750円現金にてご準備ください	食事方法(<input checked="" type="radio"/> 箸・スプーン・フォーク・経管) 主食(<input checked="" type="radio"/> 普通・お粥・ミキサー) 副食(<input checked="" type="radio"/> 普通・一口大・炒み・ミキサー) とろみ(<input checked="" type="radio"/> 不要・必要) 義歯(無・ <input checked="" type="radio"/> 有(<input checked="" type="radio"/> 部分・総義歯))
	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴	方法【 <input checked="" type="radio"/> 歩浴・機械浴 】 介助【 <input checked="" type="radio"/> 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、どういところ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。		【こちらには記入しないでください】 受付日: 年 月 日 受付者: 加子母デイサービスセンター ささゆり 管理者: 確認印
令和●年 ●月 ●日 氏名 中津川 花子		