

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 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		<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 ※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 · メニュー) とろみ (不要 · 必要)		副食 (普通 · 一口大 · ソース · メニュー) 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。				【こちらには記入しないでください】				
年 月 日				受付日 : 年 月 日				
氏 名				受付者 : デイサービスセンター椿苑				
				管理者 : 確認印				

記入例

体験利用申込書

利 用 者	住 所	中津川市山口●●番地	電話 番号	75-●●●●	性 別	男・女
	氏 名	山口 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 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] <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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					
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 <input checked="" type="checkbox"/> あり ()					
	痛み・制限	拘縮 <input checked="" type="checkbox"/> あり ()					
	移動・移乗	自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 一部に介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器/押し車 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子			<input type="checkbox"/> 施設準備希望		
	排 泄	自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 要介助 ()					
	認 知 症	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	感染症の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	その他注意点	耳が遠い <input checked="" type="checkbox"/> 目が悪い <input checked="" type="checkbox"/> 話すことが苦手 <input checked="" type="checkbox"/> ()					
サービス の希望 (✓を入れ てください)	送 迎	送迎希望【無 <input checked="" type="checkbox"/> 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↓》 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	食事方法 (箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input checked="" type="checkbox"/> フォーク <input checked="" type="checkbox"/> 経管)					
	※現金にてご準備 ください	主食 (普通 <input checked="" type="checkbox"/> お粥 <input checked="" type="checkbox"/> ミオ)		副食 (普通 <input checked="" type="checkbox"/> 一口大 <input checked="" type="checkbox"/> キサミ <input checked="" type="checkbox"/> ミオ)			
		とろみ (不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/>)		義歯 (無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (部分 <input checked="" type="checkbox"/> 総義歯))			
入 浴	方法【歩浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 】 介助【見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 】						
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 いうところか分からぬ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、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】			
令和●年 ●月 ●日				受付日: 年 月 日			
氏名 中津川 花子				受付者: デイサービスセンター椿苑			
				管理者: 確認印			