

↑
FAX:072-222-2655

体験／利用申し込み書

記入年月日 年 月 日

記入者名

いすれかに○をつけてください。 依頼内容: 利用 / 体験		送迎	あり / なし	※体験の際にも送迎可能です	
事務所名	居宅／包括	電話	体験 希望日	① 月 日() am / pm	
担当ケア マネージャー様		FAX		② 月 日() am / pm	
事務所住所		事業所番号		③ 月 日() am / pm	

ご利用本人様情報

(フリガナ) ご本人			男 / 女	M・T・S 年 月 日	歳
住所	〒 -		電話		
			携帯番号		
介護保険	申請済・申請中・区分変更中		介護度	支1・支2/ 介1・2・3・4・5	
被保険者番号	認定日	R 年 月 日	公費	生保・原爆・その他()	
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで				
住居形態	戸建/集合住宅(階 EV: あり / なし)		同居家族	独居・配偶者・子・その他()	
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・V	
フェイスシート	※利用者情報(認定調査票・OCR・服薬情報)あれば添付		乗車介助	介助あり・介助なし・車椅子	
移動	自立・見守り・一部介助・全介助		移動手段	独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子	
入浴	希望する・希望しない		入浴介助	自立・見守り・一部介助・全介助	
麻痺	なし・あり(右/左) 装具(あり/なし)		視力	並・見えにくい・見えない	
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助		聴力	並・聞こえにくい・聞こえない	

連絡希望先

氏名		利用者様との関係:ケアマネージャー・家族()・その他()		
住所	〒 -	電話		
		携帯番号		

既往歴/現病歴 ★以下の項目にチェック✓をお願いします。

<input type="checkbox"/> 脳梗塞(麻痺 左 右) 手術あり	<input type="checkbox"/> 狹心症 手術あり	<input type="checkbox"/> 脊髄節脱臼 股関節脱臼	<input type="checkbox"/> その他の骨折 上肢 脊椎 下肢	<input type="checkbox"/> 視力障害 聴力障害 言語障害
<input type="checkbox"/> 脳出血(麻痺 左 右) 手術あり	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 手術あり	<input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折 手術あり 手術なし	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 認知症
<input type="checkbox"/> 多発性硬化症 末梢神経障害 パーキンソン病(パーキンソニズム)	<input type="checkbox"/> その他心疾患(手術あり)	<input type="checkbox"/> 人工骨頭あり	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 青筋損傷
		<input type="checkbox"/> 人工関節あり 股関節 膝関節	<input type="checkbox"/> 变形性股関節症 変形性膝関節症	

特記事項

内服薬

エントレリハ堺 担当:藤山 弓記
TEL 072-222-2666