



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

いずれかに○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)	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 肩関節脱臼	<input type="checkbox"/> その他の骨折 上肢 脊椎 下肢	<input type="checkbox"/> 視力障害
<input type="checkbox"/> 手術あり	<input type="checkbox"/> 手術あり	<input type="checkbox"/> 股関節脱臼		<input type="checkbox"/> 聴力障害
<input type="checkbox"/> 脳出血(麻痺 左 右)	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 大腿骨頸部骨折		<input type="checkbox"/> 言語障害
<input type="checkbox"/> 手術あり	<input type="checkbox"/> 手術あり	<input type="checkbox"/> 手術あり	<input type="checkbox"/> 手術なし	<input type="checkbox"/> 認知症
<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"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脊髄損傷
<input type="checkbox"/> 多発性硬化症		<input type="checkbox"/> 人工関節あり	<input type="checkbox"/> 高血圧	
<input type="checkbox"/> 末梢神経障害		<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 変形性股関節症	
<input type="checkbox"/> パーキンソン病(パーキンソニズム)		<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 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