



FAX:06-6629-8870

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	H 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"/> 狭心症 手術あり | <input type="checkbox"/> 肩関節脱臼 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 |
| <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"/> 聴力障害 |
| <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 末梢神経障害 | <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"/> 言語障害 |
| <input type="checkbox"/> パーキンソン病(パーキンソニズム) | | <input type="checkbox"/> 人工関節あり 股関節 膝関節 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 認知症 |
| | | | <input type="checkbox"/> 変形性股関節症 | <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 |
| | | | <input type="checkbox"/> 変形性膝関節症 | |

特記事項
内服薬