

体験・利用 申し込み票

< 基本情報 >

記入日 年 月 日 記入者() 間柄()

氏名	ふりがな		男・女	住所	〒		
	年 月 日 歳	TEL ()					
介護度・要支援[]・要介護[]・申請中			認定期間 年 月 日 から 年 月 日				
認定年月日 令和 年 月 日			負担割合 割		生活保護 有 無		
障害高齢者の生活自立度 (寝たきり度)			自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				
認知症高齢者の生活自立度			自立、 、 a、 b、 a、 b、 、 M				
担当CM	事業所名		CM氏名				
	住所						
	電話		FAX				
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL	住所			
	1		[携帯]				
	2		[携帯]				
	3		[携帯]				
主治医	病院名	診療科	病院名	診療科	病院名	診療科	
	医師名 TEL ()		医師名 TEL ()		医師名 TEL ()		
病歴			服薬状況	昼食後 有 無		夕食後 有 無	
健康状態	全体印象		体重 kg	身長 cm	歩行補助具 なし 杖 車椅子 歩行器		
			視力 右 左		麻痺 あり()・なし		
			聴力 右 左				
	意識・消明・傾眠・他()		言語		歯の状況 あり 総義歯 局部義歯		
注意事項	アレルギー：薬物アレルギー(+・-)の場合薬品名[] 食物等：						
	疾病上の注意点：						
	入浴・活動・運動上の注意点：						
利用までの経緯							
希望	希望曜日 月 火 水 木 金 土		希望時間		午前(9:00~12:30) 午後(13:30~17:00)		
	体験希望日						
サービス	食事希望 有 (昼食 夕食) ・ 無						
	食事内容 普通食 ・ 刻み食 ・ ミキサー食		水分 普通 ・ トロミ				
	入浴介助 (リフト 要 不要)		送迎車 (リフト車 要 不要)				
備考							