

見学・体験利用お申込票

※必要部分に☑をお願いします。

見学希望 → 月 日 () 時頃

※利用者情報①をご記入下さい。

体験希望 → 月 日 () 希望

※利用者情報②・ADL状況をご記入ください。

- 一日体験 短時間体験 (AM ・ PM)
 送迎 (必要 不要)
 入浴 (する しない)
 食事 (食べる 食べない)

◎どのようなリハビリを希望されますか。

(例：足腰をきたえたい。指先の訓練をしたい。言葉や嚥下のリハビリなど。)

()

◎その他 希望や要望、当通りハを選ばれた理由をご記入ください。

()

《利用者情報①》

令和 年 月 日記入

フリガナ		生年月日	M・T・S	年	月	日生
御利用者氏名	様			(歳)	
住所	〒	TEL (-)				
フリガナ		続柄	緊急連絡先			
御家族氏名	様					
要介護区分	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5	申請中				
ご紹介元事業所名						
ご紹介者		電話		FAX		

《利用者情報②》 (様)

病歴	いつから・病名	医療機関・医師名	薬情報 ※薬情報別紙でも可
	その他		家族構成

《ADL状況》

	援助の必要性	援助・介助方法
移動	自立・一部介助・全介助	独歩・杖・シルバーカー・車イス・他
拘縮・麻痺	無・有 ()	
更衣	自立・一部介助・全介助	
食事	自立・一部介助・全介助	形態：常食・その他 ()
口腔ケア	自立・一部介助・全介助	義歯(無・上・下・部分)
排泄	自立・一部介助・全介助	尿取りパット・リハビリパンツ・紙オムツ
入浴	自立・一部介助・全介助	
視力	普通・見えにくい・悪い	眼鏡(無・有)
聴力	普通・聞こえづらい・不可	補聴器(無・有)
意思疎通	可・不可	
発語	普通・聞き取りにくい・不可	
感染症	有 ・ 無	

《アレルギーや食べられない食物、気を付けて欲しい事などあればご記入下さい。》