

FAX 06-6992-8101

デイケア体験利用申込書

松下介護老人保健施設はーとぴあ TEL 06-6992-8131

利用者情報

ふりがな		性別	生年月日		
利用者氏名		男・女	M・T・S 年 月 日 満 ()		
送り先住所			送迎連絡先		
要介護度	要支援 ()		要介護 ()	申請中・区変中	入院中
ふりがな		性別	電話番号		
ご家族様名		男・女	携帯電話		
体験希望コース	【持ち物】 ・リハビリ充実コース (お薬(必要な方))		【持ち物】 ・入浴+リハビリコース(お薬(必要な方)、バスタル、フェイスル、着替え)		
体験希望日	・いつでも良い ・都合の良い曜日⇒ 月・火・水・木・金・土 ・希望日⇒ ()				
バス同乗人数	本人	家族 (合計 人)	食事数(590円/1人)	本人	家族 (合計 人)
主病名					

移動	独歩	杖歩行	歩行器	車椅子	ストレッチャー
排泄		自立	一部介助	全介助	
入浴		自立	一部介助	全介助	
更衣		自立	一部介助	全介助	
食事		自立	一部介助	全介助	
食事形態	主食	米飯	軟飯	全粥	
	副食	普通	刻み	極刻み	ミキサー
	アレルギー		無	有 ()	
	水分制限		無	有 ()	
	トロミ		無	有 ()	
意思疎通		普通	あいまい	不可	

特記事項 (医師の指示、入浴またはリハビリ時の注意点など)

事業所情報

事業所名					
介護支援専門員名			電話番号		
受付日	SW担当者	施設記入欄 体験利用日 年 月 日 ()			
		備考:			

施設記入欄は、白紙で構いません。