

FAX

申し込み日		第1 希望日		第2 希望日	年 月 日 ()
発信者名			利用者との続柄		
電話番号			FAX番号	042-401-3161	

フリガナ		性別	生年月日		
ご利用者様 氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日 (歳)	
住所					
ご利用者様 電話番号		その他 連絡先			
介護度	要支援 () ・ 要介護度 () ・ 申請中 ・ 更新中				

既往歴

現病歴 (主治医: 病院・医院 先生)

経過

以下、該当するものへ○をつけて下さい

認知の状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

感染症 不明 ・ 無 ・ 有 (疥癬 ・ 結核 ・ MRSA ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ その他)

内服 不明 ・ 無 ・ 有 () ご本人管理 (可 ・ 不可)

※ 上記情報 引用元 (主治医意見書・ご本人聞き取りにて・ご家族聞き取りにて・その他)

ADL

・食事・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助
 ・排泄・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助
 ・更衣・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助
 ・入浴・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助
 ・移動・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助
 ・移動時使用器具・・・ T字杖 ・ 4点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 ()

・車両乗車時 注意事項・・・無し ・ 車酔い ・ 身体への負担 ・ その他 ()
 ・アレルギー又は食べれない物・・・無し ・ 有り(詳細:)

入浴希望 無 ・ 有
 送迎希望 無 ・ 有

主訴 (ご本人、ご家族の希望・優先事項等をなるべく詳しく記入してください)

その他、疾患などに伴う注意事項があれば記入してください

メッセージ

※1: 分かる範囲での記入で構いませんので宜しくお願いいたします。

※2: ご記入頂きました個人情報については一日体験時、本施設スタッフ間のみ使用させていただきます