

通所介護サービス・予防通所介護サービス体験申込書

<基本情報> 太枠内のみ御記入下さい。

ご記入日 年 月 日

氏 名			男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日生 () 歳
住 所	〒			TEL	
	独居 ・ 高齢世帯 ・ その他()				
主たる介護者	続柄 様 ()			TEL	
介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中				
ご希望のコース	1日コース ・ 半日コース	【入浴】 あり ・ なし		【昼食】 あり ・ なし	
担当CM	事業所名				
	TEL		FAX		
	CM氏名				

緊急連絡先		氏 名	続柄	TEL
	1			[携帯]
	2			[携帯]

<医療情報を分かる範囲でご提供ください> 該当する()に○を付けてください

主治医	病院名	
	医師名	
	TEL ()	
現病名		
既往歴		
感染症	()不明 ()無し ()有り【 】	
処方薬	()無し ()有り ※有りの場合、事前面談時にお薬の情報を確認させていただきます	
日常生活で困っている疾患・障害		
注 意 事 項	移 動 : 独歩 杖歩行 歩行器 車椅子	
	排 泄 : 自立 見守り 一部介助 全介助 (尿意・便意の 有・無) (リハビリパンツ使用・パット使用)	
	下の3項目は入浴デイ(1日・半日)参加希望の利用者の場合のみご記入ください。	
	入 浴 : 一般浴 機械浴	
	食 事 : 普通食 おかゆ 刻み ムース (アレルギーの 有・無)	
	食事介助 : 自立 見守り 一部介助 全介助	
	運動について、主治医より注意点がございましたらご記入をお願いします	
	【その他】本人・家族の希望または希望する曜日・時間帯など	
目的 目標		
備考	機能訓練、入浴可能な血圧の上限値 : mmHg	

ケアセンター仲村 Tel 072-284-3700
Fax 072-295-5505

御利用までの流れ

体験申し込み書をFAXにてケアセンター仲村までお願いします → 事前面談の日程調整を相談員より連絡させていただきます

→ 御利用者様宅にて事前面談 → 無料体験にご参加頂けます → 御契約後本利用となります