

体験・利用 申込書

ご記入後は FAX 06-6829-7358 まで

平成 年 月 日

ご希望日		平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後								
ご利用者様	(ふりがな)							性別	男・女	
	氏名									
	生年月日	(大・昭・平)		年	月	日		生まれ (歳)		
	住所									
	TEL				FAX					
緊急連絡先	氏名							続柄		
	TEL									
要介護度		要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) 申請中								
既往歴										
服薬		無 有 ()								
麻痺	無 有 ()									
歩行	自立 見守り 杖歩行 押し車 歩行器 車イス									
排泄	自立 半介助 全介助 トイレ誘導 失禁パンツ									
お風呂	自立 一部介助 半介助 全介助									
視力	見える 見えにくい(右 左) 見えない(右 左)									
聴力	聞こえる 難聴・聞こえない(右 左 両方)							補聴器		
言語障害	無 有 ()									
日常生活	寝たきり	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
本人・家族の意思【その他】										
貴事業所	事業所名					住所				
	TEL					ご担当者				
備考										

体験の時間や内容は、利用者様の状態を配慮し調整いたします。ご記入ありがとうございました。