



# アスワンケアステーション大桐 体験・利用 申込書

ご記入後は FAX 06-6329-0658 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	(明・大・昭) 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					
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 ( )					
日常生活自立度	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・家族の意向【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、利用者様の状態を考慮し調整いたします。ご記入ありがとうございました。