

アップネス谷原スタジオ・あいはな 利用・体験申込書

送付先 FAX:048(878)8736 TEL:048(738)5250

| | | | | | | | |
|-------------------------|----------|---|--------|-----------|-------------------------|------|-----------|
| ふりがな | | | 性別 | 明治・大正・昭和 | | | |
| 利用希望者名 | | | 男・女 | 年 | 月 | 日生(| 歳) |
| ご住所 | | | 電話番号 | () | | | |
| 緊急時等の連絡先 | 氏名 | 同居/別居 | 続柄 | 電話番号 | | その他 | |
| | | 同・別 | | | | | |
| | | 同・別 | | | | | |
| 介護保険情報 | 保険者 | | | | | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 |
| | 要介護区分 | 申請中()日申請)要支援1 要支援2 事業対象者 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 | | | | | |
| | 在宅サービス減額 | 無・有・生活保護 | 負担割合 | 1割・2割・() | | | |
| 既往歴 | | | | | | | |
| かかりつけ医 | 病院名 | 医師名 | | | 連絡先 | | |
| 身体機能・ 精神機能及び 日常動作 | 入浴 | 自立 | 一部 | 全介 | | | |
| | 排泄 | 自立 | 一部 | 全介 | オムツ | リハパン | 尿パッド トイレ可 |
| | 食事 | 自立 | 一部 | 全介 | 箸 | スプーン | フォーク |
| | 歩行 | 自立 | 一部 | 全介 | 杖 | 車椅子 | 補装具 |
| | 視力 | 普通 | 弱視 | 全盲 | | | |
| | 聴力 | 普通 | 少し | 難聴 | | | |
| | 言語 | 普通 | やや | 不自由 | | | |
| | 理解 | 普通 | やや | 困難 | | | |
| | 洗面 | 自立 | 一部 | 全介 | | | |
| | 着脱 | 自立 | 一部 | 全介 | | | |
| | 認知症 | 無 | 少し | 有 | (日常生活自立度 I・II・III・IV・M) | | |
| | | 無 | 有 | | (徘徊 失禁 介護への抵抗 収集癖 異食) | | |
| | 特別な医療 | ペースメーカー(有・無) 人工透析(有・無) その他() | | | | | |
| 利用希望日等 | 利用希望日 | 【一日】月・火・水・木・金・土 | | | | | |
| | 入浴 | あり・なし (入浴のご提供は、利用契約後となります) | | | | | |
| | 送迎 | 希望有 | 片道のみ希望 | (往路 復路) | 希望無 | | |
| 見学・体験等 | 希望形態 | ご見学 | 半日体験 | 1日体験 | 送迎(往復 往路のみ 復路のみ 不要) | | |
| | 日時等 | 昼食希望(有料) なし・あり()人分 | | | | | |
| その他備考 | | | | | | | |
| 居宅介護 支援事業所 | 事業所名及び住所 | 指定番号 | | | | | |
| | | | 担当ケアマネ | | | | |
| | 電話番号 | FAX番号 | | | | | |