

体験申込書

申込日 年 月 日

担当ケアマネ様	事業所名			ご担当様	
	住所				
	TEL		FAX		

ご利用者様	ふりがな 名前		大正 昭和	年	月	日	歳	
	住所			TEL				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
	被保険者番号			保険者名				
	有効期限	年	月	日	～	年	月	日
	生活保護	有・無	担当CW			様		
	その他減免	有・無	()					

かかりつけ病院	病院	TEL	主治医
---------	----	-----	-----

緊急連絡先	ふりがな 名前	続柄
	住所	TEL

身体状況	現病名		
	既往歴		
	認知症	有・無	()
	麻痺	有・無	()
	拘縮	有・無	()
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ()		
	補助具:	装具	有・無

生活状況・精神面	
----------	--

体験希望日	年 月 日
希望曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
希望利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 9:00～12:00
	<input type="checkbox"/> 午後 13:00～16:00
送迎	有・無 ※車椅子不可
昼食(希望者)	有・無
昼食薬	有・無

体験時に必要なもの
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険証 ・負担割合証 ・室内用の運動靴(かかとのある物) ・かかりつけの診察券 ・飲んでいる薬の情報 ・昼食薬(昼食希望者のみ) ・昼食代450円(昼食希望者のみ)

※ 献立は好きな食事を選んでいただきます
 ※ 食事の形態は常食のみの提供になります
 ※ 食事をご自分で摂取可能の方が対象となります

備考(希望するリハビリ等)
