

体験利用申込書

申込日 年 月 日

体験利用希望日		令和 年 月 日 () 曜日			
ご利用者様	ふりがな 氏 名			男 ・ 女	歳
	介護度	申・支1・支2・1・2・3・4・5		T・S 年 月 日生	
	住 所	〒 -			
	電 話				
ご家族様又は 緊急連絡先	ふりがな 氏 名			続柄 ()	
	住 所	〒 -			
	電 話		携帯電話		
介護支援事業所	事業所名			担当 ケアマネージャー	
主治医	病院名			主治医	
主病名・既往歴 病気に関する特記事項					
利用中の服薬	有 (自己 ・ 手渡し ・ 介助) ・ 無				
食 事	自立 ・ 見守り ・ 介助 (一部 ・ 全部) ・ 胃ろう				
	嚥下困難 (有 ・ 無) トロミ (水分要 ・ 副食要 ・ 不要) 義歯 (有 ・ 無)				
	食事内容	普通食 ・ 糖尿病食 (Kcal) ・ 心臓病食 ・ 腎臓病食			
	主 食	米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ミキサー粥			
	副 食	普通 ・ 軟菜 ・ 刻み食 ・ ソフト食 ・ ミキサー食			
	アレルギー食品	有 () ・ 無			
	使用具	箸 ・ スプーン (大 ・ 小) フォーク ・ 自助スプーン			
移 動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
手 段	独歩 ・ 伝い歩き ・ 杖歩行器 ・ 手押し車 ・ 車椅子 (自走 ・ 介助)				
排 泄	布パンツ ・ リハビリパンツ ・ パット ・ オムツ				
	介助	不要 (自立) ・ 付添い ・ 一部介助 ・ 全介助			
	尿意	有 ・ 無 (間に合わない ・ 時々失禁 ・ 常時失禁)			
	便意	有 ・ 無 排便 (毎日 ・ 週 回位 ・ 常時便秘) 下剤 (使用 ・ 不使用)			

体験利用同意書

実施時間	午前11時から午後3時半まで
送迎	体験時の送迎は原則行っておりません
利用料	無料 (昼食 ・ おやつ付き)
持ち物	履きなれた靴、動きやすい服装 歯磨きセット 必要な方はオムツ (パット予備も含める) 普段飲まれているお薬 ・ 塗り薬 など
個人情報の保護	当施設と職員は、当法人の個人情報保護に基づき、業務上知り得た利用者及びその家族様に関する個人情報は細心の注意を持って管理し第三者への漏えいを防止するものとします。
緊急時の対応	体調不良 (発熱や風邪症状、下痢、嘔吐、血圧の変動など) が見受けられ、利用が困難と判断された場合は、事前にご相談の上、ご帰宅をお願いする場合がございます。ご了承ください。また、上記の理由から、体験利用中は常時連絡が取れる体制を整え、送迎が可能な準備をお願いいたします。 体験利用中に利用者様の状態が急変した場合、当施設の判断で病院へ緊急搬送を行うことがあります。
注意事項	体験時、リハビリは医師の指示が必要なため実施はできません。 他の利用者様に対してご迷惑がおよび、体験利用の継続が難しいと判断した場合には体験利用を中止いただく場合があります。 体験利用時にご本人様の不注意などで事故が生じた場合や、持参物が紛失した場合は責任を負いかねますのでご了承ください。 安全には万全を期しますが、利用者様の状態により転倒、外傷などが発生する可能性がありますので、予めご了承ください。 貴重品の持ち込みはご遠慮ください。 体験利用は、お一人様1回までとさせていただきます。

博純苑通所リハビリの体験利用にあたり、上記内容を理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名

家族氏名 (続柄)