

ダイニング&リハステーション稀 体験申込書

TEL:06-4950-0985 FAX:06-4950-0986

【ご利用者様】

ふりがな		性別	生年月日				年齢
氏名	様	男・女	明治・大正・昭和	年	月	日	
住所	〒				電話番号	-	-
介護度	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5 申請中

【緊急時連絡先】 ※同上の場合は記入していただく必要ありません

ふりがな		続柄	連絡先	-	-		
氏名	様						
住所	〒				電話番号	-	-

体験希望日	平成 年 月 日 ()	入浴
		あり ・ なし
	午前 ・ 午後	

【ご利用者様の状況について】

移動	自立 ・ 見守り ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 車イス ・ その他()					
食事		普通食 ・ 制限食()				
		カロリー制限	なし ・ あり (Kcal)	水分制限	なし ・ あり (mL)	
	食事量	結構食べる ・ 普通 ・ あまり食べない	むせ	あり	なし	
	主食	米飯 ・ 軟飯 ・ おかゆ				
	副食	普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ 極刻み				
	アレルギー	なし ・ あり ()				
	摂取動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	摂取方法	はし ・ スプーン ・ フォーク		
服薬内容						
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()					
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他()					
	オムツ	なし ・ あり (リハパン ・ パット ・ オムツ)				その他()
認知症状	なし ・ あり 特に注意する点 ()					

既往歴

事業所名		ご担当者様	
電話番号	-	FAX番号	-