

体験受付シート



利用者様氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和	年 月 日	年齢	歳
要介護度	事業対象者 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
利用者様住所	〒 ー 電話番号 ー ー			
住居	一戸建て ・ マンション () 階 ・ アパート () 階 エレベーター (有 ・ 無) 駐車スペース (有 ・ 無) 住居前の道幅 (余裕ですれ違える ・ ぎりぎりすれ違える ・ すれ違い不可)			
主な病歴				
身体状況等	歩行	つかまらず可 ・ 何かにつかまれば可 ・ できない		
	移乗	自立 ・ 見守り必要 ・ ふらつき有 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	移動方法	(屋内) 徒歩 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 () (屋外) 徒歩 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 ()		
	排泄	自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ おむつ使用 ・ 失禁有		
	その他留意点			
事業所名	担当ケアマネジャー様			
事業所住所	〒 ー 電話番号 ー ー			
見学希望日	令和	年 月 日	時	時間 ・ 分 程度
来所方法	送迎 (必要 ・ 不要) ・ 徒歩 ・ その他 ()			
お迎え時間・場所	時 分	自宅 その他 ()		
同行者	ケアマネジャー様 () ご家族様 () 続柄: () ご家族様 () 続柄: () その他 ()			
見学希望内容	1. 施設の説明 2. 準備体操 3. マシンによるパワリハ 4. 入浴 5. その他 ()			
特記事項				

▼お手数ですが、下記連絡先にFAX頂けます様お願い申し上げます。

FAX:06-6723-5559

ケアてくてく 担当:立本・鶴若