



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	〒 - 電話番号 - -				
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	〒 - 電話番号 - -				
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頂けます様お願いお申し上げます。

FAX:06-6723-5559

ケアてくてく 担当:立本・鶴若