

ヒューマンライフケア 豊中の湯

**無料お試し会 お申込み票** (Tel : 06-4865-3161 / Fax : 06-4865-3162)

電話でのお申込みも承ります。お気軽にお問合せください!

お申込み日 令和 5年 月 日 ( ) ※ ご記入できる範囲で結構です。

ご利用者様情報	フリガナ		男	女	明治 大正 昭和	年	月	日 ( 歳)			
	氏名										
	住所	〒									
	電話番号										
	要介護度	未認定	申請中	支Ⅰ	支Ⅱ	1	2	3	4	5	公費(生保) : 有 ・ 無
	ADL	歩行	(自立・一部・全介)			杖・歩行器・車椅子(立位: 可・不可)(本人持ち・貸出)					
		入浴	(自立・一部・全介)			一般浴 ・ 個浴 ・ リフト浴					
		排泄	(自立・一部・全介)			パット ・ リハパン					
		食事	(自立・一部・全介)			形態: 普通 おかゆ やわらか食 禁止食・嫌い食 ( ) 量: 普通 多め 少なめ					
	医療情報	認知症	(無し・軽度・重度)			特記:					
感染症		(有り・無し・不明)			特記:						
服薬		昼食前(有り・無し・不明) 昼食後(有り・無し・不明)									
		自己管理可 ・ 当方の管理 朝の薬 ( )									
機能訓練での注意事項:											
現症・既往歴:											
処置内容:											
特記事項											

居宅事業所	事業所名								
	ご連絡先	TEL							FAX
	ケアマネジャー								

お 試 し 会 に つ い て	ご希望日	令和 年 月 日 ( )	同伴者:							
	当事業所ではお試し会当日のご本人様の様子、どのような活動をしているかを知って頂き、助言等を頂きたく、ご家族様・ケアマネジャー様の同伴をお勧めさせて頂いております。									
	事前連絡	【訪問】	可 ・ 否 ( )	【電話】	可 ・ 否 ( )					
	連絡窓口	本人	家族 ( )	ケアマネジャー	その他 ( )					
	ご入浴	体験当日はご入浴を希望されますか? はい いいえ								
	特に希望されるサービスに○を付けてください ※複数回答可	足湯	入浴	食事	静養スペース	他者交流	送迎時間	笑顔		
		機能訓練 ( 訓練器具 ・ 全身運動 ・ 個別運動 ・ 他 )								
レクリエーション ( 全体レク ・ 創作活動 ・ カラオケ ・ 他 )										
家族負担の軽減 その他 ( )										
特記事項										

利用検討	利用予定について	1週間で _____ 日くらい ・ 1ヶ月で _____ くらい ・ 未定 (検討中)							
	利用希望について	本人希望 ・ 家族希望 ・ ケアプランでの必要性 ・ その他							
	備考								

メモ

弊社 記入欄	利用決定日	初回利用日	契約日
-----------	-------	-------	-----

ヒューマンライフケア豊中の湯サービスセンター

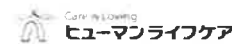
【事業所番号 : 2774004994】

住所 : 〒560-0003

豊中市東豊中町5-2-131

Tel : 06-4865-3161 / Fax : 06-4865-3162

担当 : 所長 : 深谷 (ふかや) 管理者 : 大久保 (おおくぼ)



※個人情報とは個人情報規定のもと厳重に取り扱います。  
※個人情報については、当事業所のご利用範囲のみに使用致します。その他での利用及び第三者への情報提供等は一切致しません。