

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 6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)		(診断日):				
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(診断日も分かれば記入お願いいたします)									
処置内容:									

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デイサービスセンター

【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) 副所長: 田中(たなか)



※個人情報(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。