ヒューマンライフケア あべの

ご見学・お試し会 お申込票

お電話または FAX より承ります。お気軽にお問合せください ☎06-6655-5121 FAX06-6655-5127

ご申込日	20　　年　　月　　日（　　）

※ご記入は可能な範囲で結構です

ご利用者様	フリガナ お名前	様	生年月日	□大正 □昭和　　年　　月　　日生（満　　歳）	
			性　別	□男　□女	自己負担割合　□1割 □2割 □3割
	ご住所	〒			要介護状態区分　□申請中 □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5
	お電話		公費	□受給中 ※生保等	

当日のご様子から今後の助言等を頂きたく、ご家族様およびケアマネジャー様の同伴をお勧めしております

お試し会について	ご希望日	20　　年　　月　　日（　　）	ご同伴者	様	昼食希望　□あり　□なし
	当日希望	ご入浴　□希望する　□希望しない　　ご昼食　□希望する　□希望しない			
	利用申込において特に必要なサービスに□を付けてください ※複数回答可	□ご入浴　□お食事　□静養時間　□他者交流　□送迎時間　□家族負担軽減			
		□レクリエーション（□全体レク　□創作活動　□カラオケ　□その他（　　）			
		□機能訓練（□訓練器具　□全身運動　□個別運動　□その他（　　）			
		□その他（　　）			
	利用予定	□1週間で　　日くらい　　□1ヶ月で　　くらい　　□未定（検討中）			
	利用希望	□ご本人様希望　□ご家族様希望　□ケアプランでの必要性　□その他（　　）			

事前ご挨拶	□不可　□お電話可　□訪問可（日時：　　）
ご連絡窓口	□ご本人様　□ご家族様（　　様）　□ケアマネジャー様　□その他（　　）

特記事項

ヒューマンライフケア あべの［事業所番号：2772302069］

〒545-0033　大阪府大阪市阿倍野区相生通 2 丁目 14 番 30 号

TEL：06-6655-5121　　FAX：06-6655-5127

担当：森・田中・山本

ご利用決定日	初回ご利用日	ご契約日

※いただいた個人情報はヒューマンライフケア株式会社の個人情報保護方針に基いて取り扱い、適切に管理致します。また法令に基づく場合等を除き、取得した個人情報を第三者に提供することは致しません。

包括・居宅介護支援事業所名		お電話		
		FAX		
ご担当ケアマネジャー様		事業所番号		

ADL	歩行	□自立　□一部　□全介　□杖　　□歩行器　　□車いす（立位：□可　□不可）			
	入浴	□自立　□一部　□全介　□一般浴　□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　□一口大　□きざみ　□ミキサー　□とろみ			
		禁止食・嫌い食（　　）　※量：□普通　□多め　□少なめ			
		水分制限：□あり　□なし　特記事項			
日常生活自立度		□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2　□不明			
認知症	有無	□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲ　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ⅴ　□不明			
	症状等				
医療情報	感染症				
	服薬				
	服薬名				
	※当日は薬情（薬袋）もしくはお薬手帳をご持参頂ますようご協力をお願いします（複写可				
バイタル	□標準　□危険値	体温：	血圧：	脈拍(P)：	SPO2：

※危険値は、ご入浴の実施や病状の異変の判断となるバイタル値として参考に致します

主な疾患や既往歴等		疾患名		発病年月	医師の指示や注意事項など
既往歴					
現在の疾患					
主治医	病院名			□内科　□外科　□脳外科　□神経科　□その他（　　）	
	電話番号		所在地	□不明	
緊急連絡	病院名			□内科　□外科　□脳外科　□神経科　□その他（　　）	
	電話番号		所在地	□不明	

緊急連絡	□ 包括・居宅介護支援事業所					
	ご家族様等 お名前	様	続柄		電話番号	
	ご家族様等 ご住所				携帯番号	
					その他	