

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 ☎092-736-6688 FAX092-715-3056

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	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 (満 歳)	
		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	自己負担割合
	ご住所	〒		要介護状態区分
	お電話	公費	<input type="checkbox"/> 受給中 ※生保等	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5

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

事前ご挨拶	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> お電話可 <input type="checkbox"/> 訪問可 (日時:)
ご連絡窓口	<input type="checkbox"/> ご本人様 <input type="checkbox"/> ご家族様 (様) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー様 <input type="checkbox"/> その他 ()

特記事項

ヒューマンライフケア ふくはま [事業所番号 :4071002176]

〒810-0066 福岡県福岡市中央区福浜2丁目4-1-106 福浜2丁目公団住宅

TEL : 092-736-6688 FAX : 092-715-3056

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づいて取り扱い、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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす (立位: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> リフト浴				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介 <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハパン				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介 ※形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ 禁止食・嫌い食 () ※量: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多め <input type="checkbox"/> 少なめ 水分制限: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項				
日常生活自立度		<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 不明				
認知症	有無	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	電話番号	所在地	<input type="checkbox"/> 不明
緊急連絡	病院名	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	電話番号	所在地	<input type="checkbox"/> 不明

緊急連絡	<input type="checkbox"/> 包括・居宅介護支援事業所			
	ご家族様等	お名前	様	続柄
	ご住所			電話番号
				携帯番号
				その他