

やわた健康スタジオ 体験利用申込書

お申込み日 年 月 日

フリガナ 氏名	様	性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日 (才)
住所 (自宅)	〒 電話番号 () -		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話
介護度	なし ・ 申請中 ・ 総合事業対象者 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5		
担当者	居宅介護支援事業所等の名称		ケアマネジャー等の氏名
体験希望日	年 月 日 (曜日)		
希望内容	1日 ・ 午前 ・ 午後 (<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴) ※ 午前および午後は、食事・入浴の利用はできません。		

以下について、分かる範囲でご記入をお願いいたします。 ※ 心身等状況確認票などでも構いません

心身状態	病名・病状など：	認知症	あり ・ なし ・ 不明
移動	自立 見守り 一部介助 全介助	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> ()	
*送迎	自宅の出入り 自立 介助	送迎車の乗降 自立 介助 (<input type="checkbox"/> 車椅子リフト)	
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	<input type="checkbox"/> 尿意・便意なし <input type="checkbox"/> オムツ等 <input type="checkbox"/> ()	
入浴 (一日利用のみ)	自立 見守り 一部介助 全介助	<input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助 <input type="checkbox"/> 洗体・洗髪介助 <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷等 <input type="checkbox"/> 血圧管理 <input type="checkbox"/> ()	
食事 (一日利用のみ)	自立 見守り 一部介助 全介助	<input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 福祉食具 <input type="checkbox"/> ()	
	常食 ・ 特別食 (食)	アレルギーなどの注意事項 なし・有 ()	
	主食	ご飯 ・ 軟飯 ・ 硬め粥 ・ 全粥 ・ その他 ()	
	副食	常菜 ・ 軟菜 ・ きざみ ・ ミキサー ・ その他 ()	
服薬 (昼)	あり ・ なし	食前 ・ 食間 ・ 食後 その他 ()	
禁忌事項や 留意点など			

(事業所記載欄)

体験実施日	年 月 日 ()	対応者名	
送迎時間等		チェック欄	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー等への連絡 <input type="checkbox"/> 送迎スケジュールの調整 <input type="checkbox"/> 利用者予定表の修正
利用サービス	<input type="checkbox"/> 通りA (1日) <input type="checkbox"/> 通りA (短時間) <input type="checkbox"/> 通所A (<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴)		