

芙蓉の丘通所リハビリテーション体験利用申込書 兼 同意書

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|----|--|--|------------------|--|--|--|--|--|
| 利用者 | 氏名 | ふりがな | | 男女 | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 歳 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | 電話番号 | | | | | | |
| | 介護度 | 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5） | | 申請中（新規・変更） | | | | | | | |
| 家族 | 氏名 | 続柄 () | | | 電話番号 | | | | | | |
| 居宅 | 事業所名 | | | | 担当 ケアマネ | | | | | | |
| 身体状況 | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 | | | | | | | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> オムツ交換 | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ | | | | | | | | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | | | | | |
| | | 形態 | 主食 | <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー | | | | | | | |
| | | | 副食 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー | | | | | | | |
| アレルギー | | | | | | | | | | | |
| 意思疎通 | <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> かなり困難 <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医院 | | | | | 主治医 | | | | | | |
| 既往歴 | | | | | 内服薬 | | | | | | |
| 介護における留意点・リハビリ内容への要望など | | | | | | | | | | | |
| 体験希望日 | 月 日 () | | | 送迎 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | | | | | |

共立蒲原総合病院組合 介護老人保健施設

芙蓉の丘 通所リハビリテーション

施設長 河合 勉 殿

- ・体験利用の利用料金は食材料費 710 円となります。現金にて当日お支払いください。
- ・体験利用では入浴サービスは行いません。
- ・提供時間外での送迎はできません。時間外は御家族様等での対応をお願いします。
- ・利用者様の不注意等で生じた事故や持参物の紛失には責任を負えないことがあります。
- ・当事業所の利用基準において体調不良（発熱や風邪症状、血圧の変化等）や他利用者様への迷惑行為により、利用が困難と判断された場合はその時点で御帰宅をお願いします。

上記について同意し、体験利用の申し込みをいたします。

_____年 月 日 氏名 _____ 印（続柄 _____）