

# 体験利用申込書

申込日 年 月 日

体験利用希望日		年 月 日 ( ) 曜日			
ご利用者	ふりがな 氏 名			男・女	歳
	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	M・T・S	年 月 日生	
	住所	〒 -			
	電話	- -			
ご連絡先	ふりがな 氏 名			続柄 ( )	
	住所	〒 -			
	電話		携帯電話		
介護支援事業所	事業所名			担当 ケアマネージャー	
主治医	病院名			主治医	
主病名・既往歴 病気に 関する 特記事項					
利用中の服薬	有 ( 自己・手渡し・介助 ) ・ 無				
食事	自立 ・ 見守り ・ 介助 (一部・全部) ・ 胃瘻				
	嚥下困難 (有・無) トロミ (水分要・副食要・不要) 義歯 (有・無)				
	食事内容	普通食・糖尿病食 ( Kcal) ・ 心臓病食・腎臓病食			
	主食	米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ミキサー粥			
	副食	普通 ・ 軟菜 ・ 刻み食 ・ ソフト食 ・ ミキサー食			
	アレルギー食品	有 ( ) ・ 無			
	使用具	箸 ・ スプーン (大・小) フォーク (ご持参下さい) ・ 自助スプーン (ご持参下さい)			
移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
手段	独歩 ・ 伝い歩き ・ 杖歩行器 ・ 手押し車 ・ 車イス (自操・介助)				
排泄	布パンツ ・ リハビリパンツ ・ パット ・ オムツ				
	介助	不要 (自立) ・ 付添い ・ 一部介助 ・ 全介助			
	尿意	有 ・ 無 (間に合わない ・ 時々失禁 ・ 常時失禁)			
	便意	有・無	排便 (毎日 ・ 週 回位 ・ 常習便秘)		下剤 (使用 ・ 不使用)

## 体験利用同意書

実施時間	午前10時から午後4時頃まで
送迎	ご希望の場合はお申し出ください
利用料	昼食代 530円 (当日ご持参ください)
持ち物	履きなれた運動靴 動きやすい服装 入浴される方は着替え (必要な方はオムツ・パッド予備も含め) タオル(大・小) ※入浴に関しては一般浴のみとなります 普段飲まれているお薬・塗り薬など
個人情報の保護	当事業所と職員は当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者様及びその家族様に関する個人情報は細心の注意を持って管理し第三者への漏えいを防止するものとします。
緊急時の対応	体調不良 (発熱や風邪症状、下痢、嘔吐、血圧の変化など) で当事業所の利用基準において、利用が困難と判断された場合はご相談の上、ご帰宅をお願いする事がございますのでご了承ください。
注意事項	体験時リハビリは医師の指示が必要なため実施はございません。 他の利用者様対してご迷惑がおよび、体験利用の継続が難しいと判断した場合には体験利用を中止頂く場合があります。 体験利用時にご本人様の不注意などで事故が生じた場合や、持参物が紛失した場合は責任を負えないことがあります。

鶴見緑地病院通所リハビリテーションセンターの体験利用にあたり上記内容を理解した上で同意します。

年 月 日

利用者様氏名

家族様氏名

(続柄)

医療法人 清水会 鶴見緑地病院  
通所リハビリテーションセンター  
守口市南寺方南通3丁目4番8号  
TEL 06-6997-0121