

# 無料体験申込用紙

ケアステージつくばみらい指定通所介護事業所

TEL 0297-38-6500 FAX 0297-38-6579

## 基本情報

記入日

年

月

日

フリ仮名				生年月日			
利用者氏名				(男性・女性)	歳		
住所	郵便番号						
電話番号	自宅			携帯			
ご家族氏名				ご本人様との関係			
居宅介護 支援事業所				介護支援専門員 (ケアマネジャー)			
介護度				体験希望日	年 月 日		

## 身体状況

※下記の点について、不明な場合等については、空白で結構ですので、後程 お知らせ下さい

麻痺	有・無		部位				
移動	<input type="checkbox"/> 独歩・見守り	<input type="checkbox"/> つたい・手引き	<input type="checkbox"/> T杖・三点杖等	<input type="checkbox"/> シルバーカー四脚等	<input type="checkbox"/>	車椅子	
食事	<input type="checkbox"/> 自立・促し	<input type="checkbox"/> 近位見守り	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/>	その他	
食事制限等							
病歴・既往歴等							
排泄	<input type="checkbox"/> 自立・促し	<input type="checkbox"/> 近位見守り	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/>	大人用オムツ使用	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立・促し	<input type="checkbox"/> 近位見守り	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/>		
認知機能	<input type="checkbox"/> 診断済	<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高次脳機能障害 その他	
お昼の薬	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	薬のお名前				
○送迎時の注意点							
○趣味・昔されていた事等							
○認知症がある方については具体的にどのような症状ですか？服薬状況等もご記入下さい							
○運動制限や禁止肢位等がありましたらご記入下さい							
○その他、注意すべき点等 もしくは当事業所に対し、ご質問等ありましたら、ご記入下さい							

## 体験利用における連絡等について

- 体験時の送迎時間や荷物等は、ケアマネジャーから連絡するので、ケアステージからケアマネジャーに連絡がほしい
- 体験時の送迎時間や荷物等は、ケアステージから連絡をいれてほしい (その後ケアステージからケアマネジャーに報告します)
- その他 ( )

## 体験利用前の事前訪問について

- 事前訪問の必要性はなし
- 事前訪問については、ケアステージの意向に任せる
- 事前訪問の必要性あり。ケアマネジャーは同席できないので、ケアステージで日程を決めて訪問してほしい
- 事前訪問の必要性あり。ケアマネジャーも同席するので、日程調整のための連絡を希望する
- その他 ( )

※ 御記入の上、そのまま 0297-38-6579にFAX送信して下さい。折り返し電話連絡をさせていただきます。