

# 見学・体験利用申込書

|                   |             |                             |              |             |           |     |
|-------------------|-------------|-----------------------------|--------------|-------------|-----------|-----|
| ふりがな              | 被保険者番号 ( )  |                             |              |             |           |     |
| 氏名                | 介護度         | 介護 1・2・3・4・5                | 支援           | 1・2         |           |     |
| 生年月日              | 明・大・昭 年 月 日 | 年齢                          | 歳            | 性別 男・女      |           |     |
| ご住所               |             |                             |              |             |           |     |
| 電話番号              | 自宅 :        | 携帯 :                        |              |             |           |     |
| 緊急連絡先             | 氏名 :        | 携帯 :                        |              |             |           |     |
| ご希望日              | 月 日 ( 曜日)   |                             |              |             |           |     |
| 本日の入浴             | 希望する        |                             | 希望しない        |             |           |     |
| 身体<br>の<br>状<br>況 | 食事          | 普通                          | きざみ          | 超きざみ        | ミキサー      |     |
|                   | 歩行          | 自立                          | 杖            | 車椅子         |           |     |
|                   | 嚥下          | できる                         | 見守り          |             | できない      |     |
|                   | 拘縮・麻痺       | 無                           | 有 (部位        | )           |           |     |
|                   | 排泄          | 自立                          | 一部介助         | 全介助         |           |     |
|                   | 更衣          | 自立                          | 一部介助         | 全介助         |           |     |
|                   | 入浴          | 自立                          | 一部介助         | 全介助         | 一般浴       | 機械浴 |
|                   | 視力          | 正常                          | 見えにくい (右 左)  | 見えない (右 左)  | 眼鏡 (有 無)  |     |
|                   | 聴力          | 正常                          | 聞こえにくい (右 左) | 聞こえない (右 左) | 補聴器 (有 無) |     |
|                   | 言語          | 普通                          |              | 聞き取りにくい     | 通じない      |     |
| 日常生活<br>自立度       | 寝たきり        | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2  |              |             |           |     |
|                   | 認知症病名 ( )   | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M |              |             |           |     |
| 持参薬               | 有 ( )       |                             |              | 無           |           |     |
| 既往歴<br>(特記事項)     |             |                             |              |             |           |     |
| 居宅介護<br>支援事業所     |             |                             |              |             |           |     |
| 電話番号              | TEL         |                             | 担当CM         |             |           |     |

お申込用紙にご記入いただきFAXでのお申込も受付ております。

ご見学・体験のお問い合わせは下記、番号まで！！

お問い合わせ先 : デイサービスセンター スローライフ欽  
〒581-0044 八尾市木の本2丁目186番地  
TEL : 072-997-0210 FAX 072-997-0211

