

ケアセンター桜づつみ デイサービス体験利用申込書兼同意書

体験希望者情報欄	ふりがな			性別	生年月日		
	氏名		様	男・女	大正・昭和		
					年 月 日		
	住所	〒 -			電話番号		
	要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5					
	緊急連絡先	氏名:			続柄:		
	住所	〒 -			電話番号		
	利用希望日時	年 月 日 曜日			昼食(おやつ込)希望 有・無		
		希望時間 : ~ :			おやつのみ希望 有・無		
	利用目的						
薬	内服薬	持参 無・有 (食前・食間・食後)					
	外用薬	持参 無・有 (塗布部分:)		点耳・点眼等	持参 無・有 (時間: 時・回数: 回)		
食事	内容	(主食)米飯・軟飯・全粥		おやつ	常食・一口大・キザミ・ペースト		
		(副食)常食・一口大・キザミ・超キザミ・ペースト					
	摂取動作	自立・見守り・一部介助・全介助		入れ歯	無・有 (総入れ歯・部分(上・下))		
	嚥下	むせこみ 無・有 (水分・固形物)		食品アレルギー			
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 布パンツ・パット・リハビリパンツ・オムツ						
入浴	無・有 (自立・見守り・一部介助・全介助)		感染症	無・有 ()			
歩行	自立・杖歩行・歩行器・シルバーカー・車椅子(自走・介助) : 介助不要・見守り・一部介助・全介助						
聴力	普通・聞こえにくい・ほとんど聞こえない・補聴器						
視力	普通・見えにくい・ほとんど見えない・眼鏡						
麻痺・拘縮	無・有 ()						
認知症	無・有 ()						
病名(既往歴)							
その他留意事項							
居宅介護支援事業所名:						担当CM:	

*** 体験内容**

- ・施設内見学・食事・リハビリ体操・入浴・レクリエーションなどが体験出来ます。
- ・体験時間は、10時～15時の御希望時間での提供となります。(送迎は当施設でも対応可能です。)

*** 利用料金**

- ・無料

*** 個人情報の保護**

- ・当施設とその職員は当法人の個人情報保護の方針に基づき、業務上知り得た利用者及び御家族様に関する個人情報は、細心の注意を持って適切に取り扱いを致します。

*** 緊急時の対応**

- ・体調不良(発熱・風邪症状、血圧の変化等)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その時点で御帰宅をお願い致します。

*** 注意事項**

- ・他の利用者及び職員に対して背信行為や反社会的好意などがある場合は、その時点で体験利用を中止頂く場合がございます。
- ・体験利用時に御本人の不注意等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御座いますので、御了承下さい。

体験利用において、上記説明を受け同意し、申込みます。

年 月 日

体験利用希望者氏名 _____ (印)

家族氏名 _____ (印)