

申込日 年 月 日

ホームケアセンター新道東 **体験申込書**

《 体験希望日 》 月 日 ( )

\* 体験ご利用者様

氏名	様	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所		電話	
緊急連絡先	氏名	様 続柄 ( )	電話
介護度	要介護 ( ) or 申請中		
被保険者番号	( )	認定期間	年 月 日から 年 月 日
かかりつけ病院			
既往歴			
内服薬	無・有 ( )		

《 ADL情報 》 該当欄に○印をお願いします。

移動	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
座位	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
視力	普通・見えにくい(右・左)		
聴力	普通・聞こえにくい(右・左)・補聴器(無・有)		
認知症	無・有 (奇声・徘徊・収集癖・帰宅願望・暴言・暴力・その他( )		
意思疎通	問題 無・有(状況 ( )		
麻痺	無・有(状況 ( )		
食事	摂取	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )	
	主食	常食・おかゆ・とろみ・その他 ( )	
	副食	常食・一口大・刻み・とろみ・その他 ( )	
	アレルギー	無・有 ( )	
	昼食後薬	無・有 ( )	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
着脱	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
	尿・便意	無・有	
	おむつ	無・有(紙おむつ・パッド・その他 ( )	
連絡・注意事項			

●送迎いたします。

体験前日にお迎えの時間を確認いたします。

●体験日にお持ちいただくもの

タオル(大・小)・歯ブラシセット・昼食後服薬(ある方)・紙おむつ、パッド(必要な方)

着替え・体験料(昼食、おやつ込み580円)

ご担当ケアマネジャー様情報

事業所名		電話	
氏名	様	FAX	
住所			

ホームケアセンター新道東 担当/相談員 坂口

〒065-0031 札幌市東区北31条東16丁目2-9

TEL011-769-9820 Fax011-769-9821