

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	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