

体験・新規利用申し込み書

太枠内をご記入ください。

・氏名	様 男・女 生年月日 M T S . . 満 才
・住所	
・電話番号	
・キーパーソン	続柄
・担当CM	様
・CM事業所	
・主治医	
・既往歴	
・アレルギーの有無	有・無 有の場合()
・リハパン類使用の有無	布パンツ ・ リハパン ・ テープ止め
・コロナワクチン接種	済 ・ 未
・介護度	支1・2 介1・2・3・4・5
・ADL	座位(可・不可) 立位(可・不可) つかまり立ち(可・不可) 歩行(可・見守り・杖・車イス・歩行器) 食事(自立・見守り・一部介助・全介助) 排泄(自立・誘導・見守り・一部介助・全介助) 尿便意(有・無) 入浴(一般浴・機械浴) 更衣(自立・見守り・一部介助・全介助) 聴力(遠い・やや遠い・普通) 視力(弱い・普通)
・食事形態	普通・一口大・荒刻み・刻み・極刻み・ミキサー・とろみ
	心臓食・糖尿食・肝臓食・膵臓食・脂質異常症食・痛風食・貧血食・腎臓食・透析食・潰瘍食
・服薬 薬情の有無確認	朝・昼・夕 点眼(朝・昼・夕) 塗り薬(有・無)
・体験or初回利用希望日	
備考	
・食事提供依頼	済 ・ 未

※食事は食材準備の都合上2日前迄の依頼となっております。また、体験利用の場合はリハビリの実施は無く、理学療法士による口頭での説明のみとなります。ご了承ください。

ご持参いただく物

<ul style="list-style-type: none"> ・着替え(タオル類不要) ・リハパン(購入される場合 テープ止め¥160 リハビリパンツ¥200 パッド¥40) ・薬(点眼、塗り薬) ・歯ブラシセット ・食費¥500
--

社会医療法人 弘道会 門真介護医療院デイケア
 大阪府門真市新橋町33番12号
 TEL 06-6902-7272
 FAX 06-6902-7273