

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	様	☎
・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 (回目接種)	
・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・リクライニング車椅子・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	主食	普通・軟飯・全粥・七分粥・五分粥・三分粥
	副食	普通・軟菜食・嚥下食・ミキサー食・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 (食前、食後、食間) 点眼 (朝・昼・夕) 塗り薬 (有・無)	
・体験or初回利用希望日		
・ご利用目的		
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

- ・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¥600(体験時のみ)

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