

# たにぐちクリニック デイケアお試し体験申込書

利用者	フリガナ				男・女	生年	昭和・西暦					
	氏名					月日	年	月	日生			
基本情報	介護認定	未認定	申請中	要支援 ( 1・2 )	要介護 ( 1・2・3・4・5 )							
	住所	〒						TEL	( )	-		
	緊急連絡先	氏名				続柄		TEL	( )	-		
介護支援事業所情報		施設名						担当	CM			
		住所	〒									
TEL	( )	-	FAX	( )	-	メール	@					
利用者	治療中の病気：					かかりつけ医						
	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	認知症	<input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無				
状況	床ずれ	<input type="checkbox"/> 有 (部位	)		<input type="checkbox"/> 無	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見えない時がある	<input type="checkbox"/> 見えない			
	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 (部位	)		<input type="checkbox"/> 無	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 (部位	)		<input type="checkbox"/> 無		補聴器：	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
日常動作	移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> つたい歩き	<input type="checkbox"/> 手引き歩行	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 歩行器					
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	座位	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助								
サービス希望	●体験希望日				●本利用時での希望							
	第1希望：	/	( )	午前・午後	週の回数	回 (希望曜日：	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土)
	第2希望：	/	( )	午前・午後	送迎	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無					
	第3希望：	/	( )	午前・午後	ご要望など							

## 体験について

**【費用】** ……500 円 (税込)

**【持ち物】** ……動きやすい服装・運動靴 (サンダル、スリッパ禁止)・飲み物  
(転倒事故防止のため、サンダルやスリッパは禁止しております。)

**【体験時間】** ……60分程度 (本利用時は75分程度になります。)

**【体験内容】** ……個別リハビリ・集団体操・利用者様にあわせたメニュー

### 【注意事項】

- ・飲み物は各自ご持参ください。
- ・体験利用中の転倒事故など、当院に責のない事故に関しては、補償いたしかねますのでご了承ください。