

# レジャー・体験申込書

ご希望の施設に☑をご記入いただき下記の FAX 番号まで送付をお願い致します

【生野店;06-4309-8036    平野店;06-6701-8586    東住吉店;06-6773-9970】

【利用者様・家族様・関係者様の方、介護保険情報についてご記入、☑をお願い致します】

フリガナ		性別	生年月日			年齢
利用者様氏名		男・女	M・T・S	年	月	日
利用者様住所	大阪市 区					
介護度	(要支援) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 (要介護) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 申請中( )					
キーパーソン様氏名		続柄関係	<input type="checkbox"/> 家族様 <input type="checkbox"/> その他( )			
電話連絡可能な方	<input type="checkbox"/> 利用者様 <input type="checkbox"/> 家族様 <input type="checkbox"/> 関係者様		電話番号			
居宅介護事業所様						
担当ケアマネ様		電話番号				

【ご利用サービスについて】ご希望の時間帯、曜日、送迎、送迎車について☑をお願い致します

ご利用希望日	月	火	水	木	金	土	送迎・送迎車について	
<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	送迎 ( <input type="checkbox"/> 希望・ <input type="checkbox"/> 不要)	
<input type="checkbox"/> 1日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	送迎車 ( <input type="checkbox"/> 普通車・ <input type="checkbox"/> 車椅子対応車)	

【現病歴・既往歴についてご記入をお願い致します】

--

【利用者様の状況についてご記入、☑をお願い致します】

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす ) 特記事項( )
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( トロミ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ) ( 入れ歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) 特記事項( )
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特記事項( )
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 特記事項( )

【利用者様の自立度についてご記入、☑をお願い致します】

障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	身長	cm
認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	体重	kg

【入浴について☑をお願い致します。その他、ご要望・注意事項等があればご記入ください】

入浴 ( <input type="checkbox"/> 希望・ <input type="checkbox"/> 不要)
--