

申し込み日	年 月 日	第1 体験希	年 月 日 ()	第2 体験希	年 月 日 ()
発信者名			利用者との続柄		
電話番号			FAX番号		

フリガナ		性別	生年月日		
利用者氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日 (歳)	
住所					
電話番号			FAX番号		
要介護度	要支援1 ・ 2 ・ 経過的 ・ 要介護度 () ・ 申請中 ・ 更新中				

既往歴

現病歴

経過

感染症 無 ・ 有 ()

内服 無 ・ 有 ()

ADL 該当するものへ○をつけて下さい

・ 食事・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助

・ 排泄・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助

・ 更衣・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助

・ 入浴・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助

・ 移動・・・自立 ・ 一部介助 () ・ 全介助

・ 移動時使用器具・・・ T字杖 ・ 4点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 ()

・ 車両乗車時 注意事項・・・無し ・ 車酔い ・ 身体への負担 ・ その他 ()

ご本人管理 (可 ・ 不可)

主訴 (ご本人、ご家族の希望をなるべく詳しく記入してください)

入浴希望 無 ・ 有

送迎希望 無 ・ 有

リハ希望 無 ・ 有

メッセージ

その他、疾患などに伴う注意事項があれば記入してください