

ご体験申込書

ご希望時間	平成 年 月 日 () 時 分頃希望			
ご事業所名				
ご住所	〒 —			
ご連絡先	TEL		FAX	
お申込者名			職種	
ご体験者名			ご同伴者名	
ご送迎希望	希望する ・ 希望しない			

■ご体験者様について

氏名			性別	男 ・ 女		
	様		生年月日	(明・大・昭) 年 月 日 歳		
住所	〒 —					
連絡先	TEL		FAX			
状況	保険申請	未申請 ・ 申請中 ・ 変更中				
	要介護区分	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5				
	運動にあたり注意すべき事項	高血圧 ・ 低血圧 ・ 脈拍 ・ 呼吸数 ・ 心疾患 ・ 呼吸器疾患 ・ 神経障害 骨（骨粗鬆症） ・ 発作 ・ 内臓疾患（血糖値等） ・ 関節疾患 ・ 関節可動域 ・ 主な疾患名 _____ ※その他記載の必要がある場合にはご記入ください。				
		ADL	移動	自立・見守・一部介助・全介助		歩行状態
			麻痺	(右・左) 無し・有り、装具無し・有り		普通・杖・歩行器・車椅子
			排泄	自立・見守・一部介助・全介助		意思疎通
視力	普通・見えにくい・見えない		普通・やや不良・不良			

※ご体験者様に関して、お教えいただける範囲内でご記入下さい。

※上記内容は、事前準備やご送迎等に活用させていただきます。貴事業所、貴殿様のご承諾なしに他の目的に使用することは一切ございません。

※上記事項をご記入の上、FAXにてご送信下さい。

■ お問い合わせ

デイサービスセンター リプロス

TEL:079-335-4371

FAX:079-335-4372