

ニコニコリハビリステーション

体験申込書

記入日：令和 年 月 日

フリガナ			
ご利用者名	様	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
ご住所			電話番号 ()-
緊急連絡先	様	電話番号 ()-	続き柄
居宅介護支援介護予防支援事業所	事業所名		電話番号
	担当者名		FAX番号
体験希望	一般デイ・予防デイ	要介護度	要介護 () ・ 要支援 ()
希望日	月 日 () 特に希望日がない場合下記に記載ください		
希望曜日	月・火・水・木・金・土・特に希望なし・その他()		
当施設ご利用の目的や目標、なされたいこと			

事前調査票 フェイスシートで代用可

主な疾患名・障害名	病気上の注意点 等		
ペースメーカー	無 ・ 有 (拍/分)	人工透析	無 ・ 有 (シャント 右 ・ 左)
尿バルーン	無 ・ 有	ストマ	無 ・ 有
在宅酸素	無 ・ 有 (酸素量 0/分)、酸素量アップの条件 (SpO2 %以下にて 0に変更)		
移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
(補助具)	なし ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 老人車 ・ 車いす		
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 介助必要な点()		
乗車方法	自分で乗り込める ・ 介助要 ・ 車いす乗車		
食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
使用器具	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ その他自助具() 持参 有 ・ 無		
食種区分	普通食 ・ 糖尿病食(Kcal) ・ 腎臓病食(塩分 g以下)		
水分制限	有(ml以下) ・ 無		
主食	米飯 ・ 軟飯 ・ お粥 ・ その他()		
副食	普通 ・ 一口大 ・ きざみ ・ ペースト		
アレルギー	有() ・ 無		
咀嚼障害	有() ・ 無	嚥下障害	有() ・ 無
利用中の服薬	無 ・ 有(食前 ・ 食後 ・ 食間 ・)		
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
介助内容			
認知機能	問題なし ・ 認知症あり 症状 徘徊 ・ 興奮 ・ 暴言 ・ 幻覚 ・ その他()		



☎0748-36-1125 Fax0748-36-3925