

体験利用申込書

| | | | | | | | |
|-------|--------------|-----|--------|-----|------|------|----------|
| 申込日 | 年 月 日 () | 申込者 | | | | 介護認定 | 要支援・要介護 |
| 利用者氏名 | | | 性別 | 男・女 | 年齢 | | 歳 |
| 現在 | 自宅・病院・施設 | | 退院予定日: | | 負担割合 | | 1割・2割・3割 |

<注意事項>

- ・体験利用は本利用を考えている方にご提供しています。
- ・体験利用をご希望の際は、本紙に加えてフェイスシートのご提出をお願い致します。
- ・体験利用では入浴はございませんのでご了承ください。
- ・体験前に事前訪問が必須となりますので、ご希望の日時をお聞かせください。

●事前訪問

| | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|------|----|---|---|--------------------|---|
| 希望日① | | | | 希望日② | | | | その他 (都合の良い曜日・時間帯等) | |
| 日時 | 年 | 月 | 日 | 曜 | 日時 | 年 | 月 | 日 | 曜 |
| 時間 | | | | 時間 | | | | | |

<訪問内容>

- ・利用者様宅にて当施設の通所リハビリ概要についてご説明をし、同意を得てからの体験利用となります。
- ・ご利用者様のお身体の様子、体験利用時の送迎場所を確認します。
- ・初顔合わせになりますので、事前訪問の際は担当ケアマネジャー様の同席をお願いします。

●体験利用希望日

| | | | | | | | | | |
|------|--------------------|---|---|------|--------------------|---|---|--------------|-------------------|
| 希望日① | | | | 希望日② | | | | ADL (日常生活動作) | |
| 日時 | 年 | 月 | 日 | 曜 | 日時 | 年 | 月 | 日 | 曜 |
| 時間 | □10時～13時 (昼食付 ※有料) | | | 時間 | □10時～13時 (昼食付 ※有料) | | | 移動 | 独歩・杖・歩行器・手押し車・車椅子 |
| | □14時～16時 | | | | □14時～16時 | | | 食事 | 自立・要介助・全介助 |
| | | | | | | | | 排泄 | 自立・要介助・全介助 |
| | | | | | | | | 服薬 | 無・有 () |

| | | | | |
|----|----|------------------------|-------|-------|
| 食事 | 食種 | 普通・減塩・糖尿病・軟菜・嚥下食 | 水分とろみ | 有 () |
| | 形態 | 普通・一口大・きざみ・みじん・ミキサー・ムー | アレルギー | 有 () |
| | 主食 | 米飯・軟飯・全粥・ミキサー・ムース | 苦手な食品 | 有 () |

<体験内容>

- ・送迎、施設内見学、身体評価、パワーリハビリ機器体験、昼食 (※有料) をご提供します。
- ・体験利用では入浴はございませんのでご了承ください。

<利用料金>

- ・体験利用は無料です。
- ・昼食は当日現金580円をお支払いいただきます。

<個人情報の保護>

- ・当施設とその職員は当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得たご利用者様およびご家族様に関する個人情報は細心の注意をもって適切に取り扱います。

<緊急時の対応>

- ・発熱や風邪症状、血圧の変化等の体調不良で当事業所の利用基準において、利用が困難と判断された場合は、その時点でご帰宅をお願いいたします。

<注意事項>

- ・他のご利用者様および職員に対して背信行為や反社会的な行為等がある場合は、その時点で体験利用中止する場合がございます。
- ・体験利用時にご本人様の不注意で事故が生じた場合や持参品が紛失・破損した場合は、その責任を負わないことがございますのでご了承ください。

上記説明を受け、体験利用において同意します。

年 月 日

利用者氏名 (または家族) :

説明者 :

●利用希望

| | | | | | | | |
|------|-----|---------------|--|------|--------------|------|-----|
| 利用目的 | 本人 | | | 利用形態 | 日・半日 (午前・午後) | | |
| | 家族 | | | 希望曜日 | | 利用回数 | 回/週 |
| 送迎 | 有・無 | ステップ乗車 (可・不可) | | 食事 | 有・無 | 入浴 | 有・無 |

体験利用申込書

| | | | | | |
|-------|-----------|-----|-------|----|---|
| 申込日 | 年 月 日 () | 申込者 | | | |
| 利用者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 |

<注意事項>

- ・ 体験利用は本利用を考えている方にご提供しています。
- ・ 体験利用でご利用の際は、本館に加え、別館（利用自費）またはノースヘンダーの登山での願い
致します。
- ・ 体験利用では入浴はございませんのでご了承ください。
- ・ 体験前に事前訪問が必須となりますので、ご希望の日時をお聞かせください。

●事前訪問

| 希望日① | | | | 希望日② | | | | その他 (都合の良い曜日・時間帯等) | | | |
|------|---|---|---|------|----|---|---|--------------------|---|--|--|
| 日時 | 年 | 月 | 日 | 曜 | 日時 | 年 | 月 | 日 | 曜 | | |
| 時間 | | | | 時間 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

<訪問内容>

- ・ 利用者様宅にて当施設の通所リハビリ概要についてご説明をし、同意を得てからの体験利用となります。
- ・ ご利用者様のお身体の様子、体験利用時の送迎場所を確認します。
- ・ 初顔合わせになりますので、事前訪問の際は担当ケアマネジャー様の同席をお願いします。



●体験利用希望日

| 希望日① | | | | 希望日② | | | | ADL (日常生活動作) | | | |
|------|--------------------|---|---|------|--------------------|---|---|--------------|------------|----|-------------------|
| 日時 | 年 | 月 | 日 | 曜 | 日時 | 年 | 月 | 日 | 曜 | 移動 | 独歩・杖・歩行器・手押し車・車椅子 |
| 時間 | | | | 時間 | | | | 食事 | 自立・要介助・全介助 | 排泄 | 自立・要介助・全介助 |
| | | | | | | | | | | 服薬 | 無 ・ 有 () |
| | □10時～13時 (昼食付 ※有料) | | | | □10時～13時 (昼食付 ※有料) | | | | | | |
| | □14時～16時 | | | | □14時～16時 | | | | | | |

| | | | | |
|----|----|-------------------------|-------|-------|
| 食事 | 食種 | 普通・減塩・糖尿病・軟菜・嚥下食 | 水分とろみ | 有 () |
| | 形態 | 普通・一口大・きざみ・みじん・ミキサー・ムース | アレルギー | 有 () |
| | 主食 | 米飯・軟飯・全粥・ミキサー・ムース | 苦手な食品 | 有 () |

<体験内容>

- ・ 送迎、施設内見学、身体評価、パワーリハビリ機器体験、昼食 (※有料) をご提供します。
- ・ 体験利用では入浴はございませんのでご了承下さい。

<利用料金>

- ・ 体験利用は無料です。
- ・ 昼食は当日現金580円をお支払いいただきます (自己送迎で来られる方は昼食なしにもできます)。

<個人情報の保護>

- ・ 当施設とその職員は当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得たご利用者様およびご家族様に関する個人情報は細心の注意をもって適切に取り扱います。

<緊急時の対応>

- ・ 発熱や風邪症状、血圧の変化等の体調不良で当事業所の利用基準において、利用が困難と判断された場合は、その時点でご帰宅をお願いいたします。

<注意事項>

- ・ 他のご利用者様および職員に対して背信行為や反社会的な行為等がある場合は、その時点で体験利用中止する場合がございます。
- ・ 体験利用時にご本人様の不注意で事故が生じた場合や持参品が紛失・破損した場合は、その責任を負わないことがございますのでご了承ください。

上記説明を受け、体験利用において同意します。

平成 年 月 日

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院 通所リハビリテーション
利用者氏名 (または家族) : 説明者 :

利用者情報

| | | | |
|-----|-----------|-----|--|
| 記載日 | 年 月 日 () | 記載者 | |
|-----|-----------|-----|--|

●社会的情報

| | | | |
|----------------|-------------------------|---------------------------------------|--|
| 氏名 | 男・女 | 介護認定 | 要支援 1・2 非該当 区変中 |
| 生年月日 | | | 要介護 1・2・3・4 |
| 病名 既往歴 | | 負担割合 | 1割・2割・3割 |
| | | 障害認定 | 身障 ()・療養 ()・精神 ()・ |
| 住所 連絡先 | 〒 TEL (自宅・携帯) | 経済状況 | 国民・厚生・障害・生活保護 |
| | | 日常生活 自立度 | 障害 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・ 認知 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・ |
| 住環境 | 自家・ 借家 | 一戸建て・集合住宅 マンション (F EV 有・ 無) | ◎本人 ○女性 男性□ ●■死亡 ☆キーパーソン 同居家族○で囲む 日中独居 (無・有) |
| Key Person | 氏名 続柄 TEL (自宅・携帯) | 家族構成 | |
| 緊急 連絡先 | 氏名 続柄 TEL (自宅・携帯) | | |
| 居宅 事業所 | 事業所名 | | |
| | 担当CM | かかり つけ医 | |
| | 住所 | 医療処置 | 無・有 () |
| 現在利用中の サービス | 無・有 (訪看・訪リハ・デイケア・デイ | 内服状況 | 無・有 |

●利用者の日常生活動作 (※以下の項目に○をつけてください)

| | | | | |
|----|---------------------------------|----|----------------------|-------------------|
| 食事 | 自立・要介助・全介助 | 移動 | 内 | 独歩・杖・歩行器・手押し車・車椅子 |
| | 【食種】 普通・減塩・糖尿病・軟菜・ 嚥下食 | | 外 | 独歩・杖・歩行器・手押し車・車椅子 |
| | 【形態】 普通・一口大・きざみ・みじん ミキサー・ムース | 排泄 | 自立・要介助・全介助 (バルーン・オム) | |
| | 【主食】 米飯・軟飯・全粥・ミキサー・ ムース | 更衣 | 自立・要介助・全介助 | |
| | | 入浴 | 自立・要介助・全介助 | |

●利用希望

| | | | | | | |
|------|----|-------------------------------|------|---------------|------|-----|
| 利用目的 | 本人 | | 利用形態 | -日・半日 (午前・午後) | | |
| | 家族 | | 希望曜日 | | 利用回数 | 回/週 |
| 送迎 | 有 | 社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院 通所リハビリセンター | 有 | 無 | 無 | 有・無 |