

八千代リハビリデイサービス彩

見学・体験のご案内

八千代リハビリデイサービス彩では、ご利用を検討されている方の見学や体験を受け付けています。介護を担っているご家族様と共に利用者様を支えていきたいという思いから、ご家族様の見学もお勧めしています。お気軽にお問い合わせください。

◆見学について

- 時間帯 利用者様の活動がよくわかる時間帯の、
10:30~11:00または14:00~14:30 (約30分間) をお勧めします
- 内容 デイサービス彩の説明
- 送迎 なし (ご家族様と本人様での来所をお願いします)
- 申込み 担当ケアマネジャー様もしくはご家族様からの連絡をお願いします

◆体験 (お試し利用) について

- 時間帯 13:45~16:00 (約2時間) (13:30に自宅へお迎え)
- 内容 デイサービス彩の説明、運動・創作の体験
- 送迎 本人様のみ送迎をいたします (ご家族様送迎での来所も可)
- 服装 簡単な運動をしますので、動きやすい服装
- 持ち物 あれば上履きの準備をお願いします
- 申込み 担当ケアマネジャー様からの連絡をお願いします
体験日程の相談後、『体験・見学利用申込書』および『利用申込書兼緊急連絡先』の記入をお願いします
- 事前連絡 体験 (お試し利用) の数日前に、デイサービス彩からご家族様・本人様へ事前連絡 (体験日、お迎え時間、持ち物など) をいたします

*見学・体験の対象は、介護認定を受けている方、または、申請中および申請予定の方です
*見学・体験ともに費用は無料です

八千代リハビリデイサービス彩 見学・体験利用申込書

居宅介護支援事業所		事業所番号	
住所			
連絡先	☎ ()	担当者	様
	FAX ()		

〔 午前 ・ 午後 〕 ※体験・見学は半日コースのみになります。 申込日 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日		
利用者様氏名	男 女	年 月 日 (歳)		
介護認定	要支援 I・II・事業対象	介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	要介護 1・2・3・4・5	減額認定	有 ・ 無	
	有効期間 年 月 日まで	生活保護	有 ・ 無	
現疾病 (既往歴)				
入院歴	有(入院先) ・ 無 期間:			
内服薬の有無	有 ・ 無 (種類)	内服薬 目薬他	別紙情報(有 ・ 無)	
	自己管理 可 ・ 不可			
心身機能	麻痺	有 ・ 無 (部位)		
	視力	普通 ・ 見えない時がある ・ 見えない		
	聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 ・ 補聴器 (使用 ・ ない)		
	認知症	有(認知症自立度) ・ 無 気になる症状		
	その他			
生活動作	食 事	【主食】常 ・ 粥 【副食】常 ・ きざみ ・ 【アレルギー】有 ・ 無 ()		
		食事内容・形態等の指示 無・有 ()		
	移 動	補助具なし ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他()		
	座 位	可 ・ 不可		
	排 泄	自立 ・ 声かけ ・ 誘導 ・ 一部介助 ・ 全介助 排泄時使用状況 : オムツ ・ リハパン ・ パット		
本人・家族のニーズ 体験時の要望など				

八千代リハビリデイサービス彩 TEL: 0566-78-1616 FAX: 0566-78-1611

八千代リハビリデイサービス彩 利用申込書 兼 緊急連絡先

申込日 年 月 日

申込者

利用者との続柄 ()

利用者	フリガナ		性別		
	氏名		男・女	生年月日	年 月 日生
	住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
緊急連絡先①	フリガナ		続柄		
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
緊急連絡先②	フリガナ		続柄		
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
緊急時の対応	医療機関名		<input type="checkbox"/>	八千代病院救急外来へ搬送希望	
	主治医名		電話番号		
事項特記	* ご家族での介護状況や問題点、ご利用者のご意見・ご希望などをご記入ください。				
ケアマネ／地域包括支援センター	事業所名		事業所番号		
	担当者名		電話		
				Fax	