

# ソルヴィラージュ デイケア無料体験申込書

**【無料体験について】**

- ・体験時間：10:00～16:30 送迎時刻は事前にご連絡いたします。
- ・体験内容：昼食、当日のプログラム体験、機械リハ体験、イベント鑑賞など。
- ・無料体験時の入浴はございません。浴室の見学は可能です。

**【お申込み時の注意事項】**

- ・対象者は要介護認定を受けている方で、かつ特別な医療行為が必要でない方に限らせていただきます。
- ・体験利用中に起こった転倒事故等、当施設に責のない事故に関しては補償いたしかねますのでご了承ください。
- ・体験のキャンセル、または遅刻される場合は前日までに下記へご連絡ください。

|         |                             |                             |       |       |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|-------|-------|
| 希望体験日   | / ( )                       | ※送迎時刻の調整のため、確定までに4～5日かかります。 |       |       |
| フリガナ    | 性別                          | 生 年 月 日                     | 要介護認定 |       |
| 体験者名    | 男・女                         | M・T・S<br>年 月 日生満 才          | 要1    | 要2 要3 |
| 住 所     | 要4 要5 区変中                   |                             |       |       |
| 電 話 番 号 |                             |                             |       |       |
| 既 往 歴   | 年 月 病名：                     |                             |       |       |
|         | 年 月 病名：                     |                             |       |       |
|         | 年 月 病名：                     |                             |       |       |
| 昼食時の薬   | 無 ・ 有 (服薬の管理： 可 ・ 否 ) お薬情報： |                             |       |       |

|               |         |            |         |
|---------------|---------|------------|---------|
| 申込者氏名         | 体験者との関係 |            |         |
| 緊急時連絡先 (携帯電話) | (自宅電話)  |            |         |
| ケアプランセンター     | (電話番号)  | 担当ケアマネージャー | (FAX番号) |

**【体験者のADL等について】 該当する項目に○を付けて下さい。**

|           |  |
|-----------|--|
| 移 動       | 独歩 ・ 介助歩行 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車イス (自走・介助) |
| 排 泄       | 自立 ・ 要介助 (使用品：布パンツ ・ 紙パンツ ・ パッド ・ おむつ)     |
| コミュニケーション | 問題なし ・ あいまい ・ 意思疎通不可<br>詳細：                |
| 認 知 症     | 無 ・ 有 (症状 )                                |
| 食 事 形 態   | 普通食 ・ 減塩食                                  |
| 主 食       | 米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ トロミ粥 ・ ミキサー粥                |
| 副 食       | 形 ・ 一口大 ・ キザミ ・ ムース / トロミ有 ・ トロミ無          |
| 食 事 方 法   | 自立 (はし ・ スプーン ・ フォーク ・ エプロン) ・ 要介助         |
| アレルギー     | 無 ・ 有 (詳細 )                                |
| 義 歯       | 無 ・ 有 (上 ・ 下)                              |
| 麻 痺       | 無 ・ 有 (右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ 体幹)<br>詳細：  |

利用目的 (ご利用者・ご家族のご意向)

趣味・嗜好・性格・その他注意点など

介護老人保健施設 ソルヴィラージュ  
TEL：072-235-6690 FAX：072-239-6791

申込日： / ( )

受付者： \_\_\_\_\_