

見学・利用申込書

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|------------|-----------------------|-----------------|
| 見学希望日 | 月 日 () | 時頃 | ご希望日時が特にない場合は受け入れ可能日を調整してご連絡いたします。 | | | |
| | 送迎 | 要・不要 | | | | |
| 居宅 ・ 包括 | 事業所 | | | 担当者 | | |
| | 連絡先 | TEL | | | FAX | |
| ご本人 | ふりがな | | | 生年月日 | | |
| | 氏名 | 男 女 | 西暦・大・昭 | 年 月 日 | 歳 | |
| | 住所 | 足立区 | | TEL | | |
| | 住居形態 | 一戸建て・集合住宅 (EVあり ・ なし) | | 同居状況 | 独居・配偶者・家族・その他 | |
| ご見学についてご本人様以外に連絡・調整が必要な場合はご記入をお願いします。 | | | 連絡先 | () | | |
| 氏名 | 続柄 | E-mail | @ | | | |
| | 住所 | 同居・その他 () | | | | |
| 介護保険 | 事業対象者 (週1・2回)・要支援1・要支援2 (週1・2回) | | | | | |
| | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | | | |
| 介護保険 | 介護保険証番号 | | | 有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 身体状況 | A D L | 移動 | 自立・見守・一部介助・全介助 | 歩行器具 | 杖 4点杖 歩行器 車椅子 | |
| | | 麻痺 | なし・あり (右・左) | 装具 (あり・なし) | 車椅子の場合→つかまり立ち可 つたい歩き可 | |
| | | 排泄 | 自立・見守・一部介助・全介助 | 意思疎通 | 普通・やや不良・不良 | 聴力 普通 聞こえにくい |
| | | 入浴 | 自立・見守・一部介助・全介助 | 視力 | 普通・見えにくい・見えない | 聴力 聞こえない |
| 特記事項 | | | | | | |
| 事業所内の対応で考慮する必要のある病歴がありましたらご記入下さい。 | | | | | | |
| 年月 | 疾患名 | 医療機関 | 経過 | 備考 | | |
| | | | 治療済・治療中・経観中 | | | |
| | | | 治療済・治療中・経観中 | | | |
| | | | 治療済・治療中・経観中 | | | |
| | | | 治療済・治療中・経観中 | | | |

まゆら使用欄

| | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|---|---|---|------|----------|--------------------------|--------------------------|-------|--|
| | 【 契約 保留 その他】 | | | | 確認事項 | 介護保険証 | <input type="checkbox"/> | 送迎の留意事項 | | |
| 見学同行者 | | | | | | 健康保険証 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 利用曜日 | 月 | 火 | 水 | 木 | | 金 | 負担割合証 | <input type="checkbox"/> | | |
| | AM | | | | | | お薬手帳 | <input type="checkbox"/> | | |
| | PM | | | | | | 口座 現金 | | | |
| 担会・契約 | 月 日 () | 担 | | | | 公費 | <input type="checkbox"/> | シャワー | あり なし | |
| 初回ご利用 | 月 日 () | 当 | | | | 自費可 自費不可 | | 理由 | | |

FAX 03-5647-9516

事業所番号1372113520

E-mail mayurahonten@lily.ocn.ne.jp

