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



管理者:纐纈

相談員:岩田

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		8 () FAX ()		担当者		様		
	〔 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		4	年 月	日 (歳)		
		要支援 I·Ⅱ·事業対象	介護保険	負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割		
	介護認定	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 (自己管理 可・不可	種類) 内服薬 目薬他 別紙情報(別紙情報(有 ・ 無)		
	麻痺	有 · 無 (部位)					
心	視力	普通 ・ 見えない時がある ・ 見えない						
身機	聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 ・ 補聴器 (使用 ・ ない)						
能	認知症	有(認知症自立度)・無 気になる症状						
	その他							
	食 事	【主食】常 · 粥 【副食】常 · きざみ · 【アレルギー】有 · 無 ()						
生		食事内容・形態等の指示 無・有 ()						
活	移動	補助具なし・ 杖歩行・ 歩行器・車椅子・その他()						
動作	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	()

	フリガナ		性別				
ָּזְּנ ְ	氏 名	Ē	男・女	生年月日	年	月	日生
プ利用者	住所	〒					
	電話番号			携帯番号			
	フリガナ						
緊急	氏 名			続柄			
緊急連絡先①	住所	〒					
)	電話番号			携帯番号			
	フリガナ			続柄			
緊急	氏 名						
緊急連絡先②	住所	〒					
	電話番号			携帯番号			
緊急 対応 の	医療機関名				八千代病院 搬送希望	救急外	来へ
応 時 の	主治医名			電話番号			
事特項記	* 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。						
地ケ	事業所名			事業所番号			
センター ヤアマネノ	中小子石			電話			
接が	担当者名			Fax			

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