

デイセンター健祥会マヌエル 体験申込書

| | | | | | | |
|-----------|----------------|--------------------------------|-------|-------|---------|----|
| 体験希望日・時間帯 | | 平成 年 月 日 () | | | 午前 / 午後 | |
| ふいかな | | | 性別 | 生年月日 | | 年齢 |
| お名前 | | | 男 / 女 | M T S | 年 月 日 | |
| ご住所 | 大阪市 | | お電話番号 | 06- - | | |
| 同伴者 | あり/なし | ご本人様との関係 | | お電話番号 | 06- - | |
| 介護度 | | | | | | |
| 既往歴 | | | | | | |
| 服薬 | | | | | | |
| 身体状況 | 麻痺 | あり (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 体幹) ・ なし | | | | |
| | 拘縮 | あり (部位) ・ なし | | | | |
| | 歩行 | 自立 一部介助 全介助 ※使用器具() | | | | |
| | 立ち上がり | 自立 一部介助 全介助 | | | | |
| | 立位 | 自立 一部介助 全介助 | | | | |
| | 片足立位 | 自立 一部介助 全介助 | | | | |
| | 座位 | 自立 一部介助 全介助 | | | | |
| | 排泄 | 自立 一部介助 全介助 | | | | |
| その他 | 視覚障害 聴覚障害 言語障害 | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | |

| | | | | | |
|-------|--|--|-----|--|--|
| 居宅事業所 | | | 電話 | | |
| ご担当CM | | | FAX | | |

デイセンターマヌエル 担当: 笠本 電話 06-6613-7777 FAX 06-6616-2222