

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		令和 年 月 日 ()			午前 / 午後				
ふりがな				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-	-			
					00-	-			
緊急時連絡先	様	本人様との関係			お電話番号	00-	-		
					00-	-			
介護度	要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5								
既往歴									
服薬									
障害高齢者の日常生活自立度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の日常生活自立度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
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									

居宅支援事業所				電話			
ご担当CM				FAX			