

# ハビリス西さわらぎ

## 体験(見学)利用者申込書(FAX)

申込日 令和 年 月 日

### 【事業所様情報】

事業者様名	
事業所No.	
ご担当者名	
TEL	
FAX	

### 【ご利用者様情報】

ふりがな				<input type="checkbox"/> 明治			
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和	年齢	歳	
住所	(〒 - )						
電話番号	(自宅)			(携帯)			
保険情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2						
	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中						
	被保険者番号( ) 保険者番号( )						
	認定の有効期間 (H 年 月 日 ~ H 年 月 日)						
日常生活自立度	障害高齢者 J- A- B- C-						
	認知症高齢者 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M						
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 他( )						
既往歴 (疾患名)							
主治医	(病院名)			医師名			
				TEL			
麻痺(部位)							
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 半盲 <input type="checkbox"/> 弱視						
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軽度難聴 <input type="checkbox"/> 難聴						
精神状態	<input type="checkbox"/> 問題無 <input type="checkbox"/> 問題有			(特記事項: )			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難			(特記事項: )			
歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 )						
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項: )						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (服薬内容 )						
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 対象:						
禁止食	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 対象:						
備考 (特記事項)							

### 【ご利用者ご家族様情報】

氏名		続柄	
住所		TEL	

体験希望日	令和 年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 一日の部 <input type="checkbox"/> 午後の部	送迎	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
-------	--------------	---	----	--

ハビリス西さわらぎ 担当:兵藤  
〒567-0868  
大阪府茨木市沢良宜西2丁目7番22号  
TEL 072-652-2800  
FAX 072-652-2801  
事業所番号 2774203687