

デイケア体験用 基本情報

ふりがな
名前 様 要介護度 生年月日 M・T・S 年 月 日 ()

住所 電話番号

主たる介護者
名前 様 続柄 () 電話番号

既往歴 及び 傷病名	
利用中の 服薬	無 ・ 有 (服薬内容)
移動 (移動手段)	自立 見守り 一部介助 全介助 独歩 杖 歩行器 車椅子(自操 ・ 介助) つたい歩き 手押し車
乗り移り	自立 見守り 一部介助 全介助
立位保持	自立 見守り 一部介助 全介助 つかまり立ち (可 ・ 不可)
車への乗降	ドア側から乗り込み可能 車椅子ごと乗り込み
食事動作	自立 見守り 一部介助 全介助 胃ろう
食事形態	主食： 米飯 軟飯 お粥 副食： 普通食 一口大 キザミ
嚥下状態	嚥下困難 (無 ・ 有) とろみ (無 ・ 有)
入浴希望	無 ・ 有 ☆入浴を希望される方 感染症 無 ・ 有 ()
洗体	自立 見守り 一部介助 全介助
トイレ動作	自立 見守り 一部介助 全介助 留置カテーテル 人工肛門
尿意	無 ・ 有
便意	無 ・ 有
下着	布パンツ リハビリパンツ オムツ パット
視力	普通 見えにくい (右 ・ 左) 全く見えない (右 ・ 左)
聴力	普通 聞こえにくい (右 ・ 左) 全く聞こえない (右 ・ 左) 補聴器 (無 ・ 有)
意思の表出	問題なし やや困難 困難
理解力	問題なし やや困難 困難
言語障害	無 ・ 有
心身の状態など注意すべき点やご要望などがあればご記入下さい	
担当ケアマネジャー様 事業所名 電話番号 氏名	

【デイケア体験利用のご案内】

介護老人保健施設わかば

お迎え時間 10:15頃（10:30わかば着）

お帰り時間 15:30頃（15:15わかば発）

※ご希望の場合は、到着10分前に電話連絡させていただきます。

※付き添いがある場合は同乗可。ただし、付き添いの方だけの送迎はできません。

【当日の持ち物】

700円（食事代として）

昼食後のお菓

入浴後の着替え

※飲食物の持参はご遠慮下さい。

※靴の履き替えは不要です。履きなれた靴でお越し下さい。

※付き添いの方も食事を希望される場合は700円×人数分をご準備下さい。

【入浴】

ご希望があれば入浴可能ですが、感染症の有無の確認をお願いいたします。

【リハビリ】

体験当日は、主にご利用になった際のリハビリの説明をさせていただきます。

以 上