

ご利用相談票

お問合せ日	平成	年	月	日 ()	:	
お問合せ者名	様			受付者氏名		
担当居宅名	居宅電話番号					
	担当ケアマネ					
主介護者氏名	様	続柄	同居・別居 ()			
ご利用者氏名	様	生年月日			年齢	
		要介護度	1・2・3・4・5		性別	男・女
住所						
連絡先電話番号						

ご利用者様情報

疾患名					
高次脳機能障害 (有・無) ・ 認知症 (有・無) ・ MIC (高次脳+認知症) (有・無)					

ご自宅での入浴について

自立入浴可能・見守り入浴・軽介助入浴・全介助入浴 (2人介助要・特殊浴槽要)

福祉用具の使用 (入浴ボード・浴槽台・他)

ご自宅での食事について

自立摂取・見守り摂取・軽介助摂取・全介助摂取

自助具の使用 (自助箸・スプーン・フォーク・自助食器・他)

食事制限 (無・有)

リハビリの希望内容・方向性

ご見学 (入浴はご見学時ではありません)

ご見学希望日

ご見学時送迎希望時間

日中薬

ご見学時必要物品【室内履き・昼食代金(500円)・日中飲むお薬1回分】

備考					
----	--	--	--	--	--