

# 利用体験申込書

平成 年 月 日

通所介護	予防通所介護	被保険者番号										
フリガナ							生年月日			性別		
氏名							明大昭 ( 年 月 日 ) ( 歳 )			男 女		
住所							電話					
介護度	申請中 ・ 要支援( )要介護( )				認定有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日						
主介護者					続柄			連絡先				
プラン事業者	TEL ( )				ケアマネ氏名							
主治医	病院名											
	医師名											
見学・体験	有( 月 日 時 分 ) ・ 無				利用開始希望日	至急 ・ 年 月 日 ~						
利用希望日	特になし ・ 月 火 水 木 金 土 (週 回)				時間帯	AM ・ PM						
歩行レベル	独歩 ・ 手引き ・ 杖歩行 ・ シルバーカー ・ 車いす				送迎	要 ・ 不要						
利用目的	機能回復 ・ 昼夜リズム ・ 外出するきっかけ ・ 社交性 ・ その他( )											
主疾患 既往歴												
	特定疾患	がん末期 ・ 筋萎縮性側索硬化症 ・ 後縦靭帯骨化症 ・ 骨折を伴う骨粗鬆症 ・ 他系統萎縮症 ・ 初老期による認知症 ・ 脊髄小脳変性症 ・ 脊柱管狭窄症 ・ 早老症 ・ 糖尿病性神経障害/腎症/網膜症 ・ 脳血管疾患(脳出血/脳梗塞) ・ 進行性核上性麻痺 ・ パーキンソン病 ・ 閉塞性動脈硬化症 ・ 関節リウマチ ・ 慢性閉塞性肺疾患 ・ 膝または股関節の著しい変形性関節症										
備考												
問合せルート	ケアマネ ・ HP ・ チラシ ・ 知人紹介 ・ その他( )											
体験後の状況	利用 ・ 検討中( ) ・ 見送り ・ その他( )											



## 【各事業所 FAX番号】

鶴見市場店 045-642-6952  
 鶴見ゴム通り店 045-859-9762  
 千葉店 043-301-3258