

サロン&スポーツ（いち・ピース・ロハス・クローバー）体験・見学案内

F A X 利 用 申 込 書

申込日： 令和 年 月 日（ ）

事業所名：

住 所：

サロン&スポーツいち FAX: 06-6356-6585

電話番号：

サロン&スポーツピース FAX: 06-6924-8019

FAX番号：

ロハスいまごと FAX: 06-6972-1150

担 当：

サロン&スポーツクローバー FAX: 06-6954-8552

担当： 猪飼（いかい）

ご利用者名	フリガナ		生年月日	大正・昭和		年	月	日
	氏 名		年 齢	歳	性別	男 ・ 女		
			要介護度	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5		
	現住所	〒 -						
	電話番号		携帯番号					
既往歴								
緊急連絡先	フリガナ		族 柄					
	氏 名		電話番号					
			携 帯					
	現住所	〒 -						
	病院名：			担 当 医：				
住 所：			電話番号：					
サービス内容	送 迎	自立（歩行可能 ・ 歩行器等使用） ・ 車椅子使用						
	入 浴	シャワーボード（使用 ・ 不使用） ・ 洗身、洗髪（自立・見守り・介助）						
		刺青（なし ・ あり 部分） *ありを選択された場合、入浴時間帯は、その日に指定させていただきます						
		乾癬（なし ・ あり 部分） *ありを選択された場合、入浴時間帯は、その日に指定させていただきます						
	排 泄	自立 ・ 見守り ・ 声かけ ・ 誘導 ・ 要介助						
	食事内容	食事制限（なし ・ あり： 糖分 ・ 塩分 ・ 食事量 ・ その他）						
		水分制限（なし ・ あり： 1日 cc ～ cc）						
		アレルギー（なし ・ あり：）						
食事携帯	主食・・・ 常食 ・ 軟飯 ・ おかゆ ・ ペースト							
	副食・・・ 常食 ・ 一口大 ・ キザミ ・ ペースト							
服薬内容	朝（なし ・ あり）							
	昼（なし ・ あり）							
	夕（なし ・ あり）							
機能訓練								
利用目的	社会交流 ・ レク ・ 食事 ・ リハビリ ・ 外出 ・ カラオケ ・ その他（ ） *該当する項目に「○」の記載お願い致します。							
特記事項								
	コロナワクチン接種状況（ 4回目済/3回目済/2回目済/1回目済/ 未接種 ）*該当する項目に「 ○ 」の記載お願い致します							
体験希望日（令和 年 月 日）（ 特になし ）								

*ご記入にあたり、簡単でもかまいませんので、かける範囲ご記入よろしくお願い致します。