

# ゆらり東池袋 見学・体験受付票

平成 年 月 日

<b>見学者名</b>	氏名	男 女	M T S	年	月	日	( 歳)
	住所 〒 -			TEL	( )		
				FAX	( )		
	要支援・要介護区分	要支援 1・2		要介護 ( )			
生活保護 有・無	各種手帳等 有( )・無						

<b>支援事業者</b>	フリガナ		
	支援事業者名	担当ケアマネ	
	住所 〒 -	TEL	( )
		FAX	( )

ADL状況			
意思疎通	問題なし・やや困難( )		補聴器 無・有(右・左)
移動	自立・見守り・一部介助( )		独歩・杖・歩行器・車椅子
麻痺	上肢	全・右・左	下肢 全・右・左
認知症	有( )・無		
その他			

医療状況	
<b>医療機関名</b>	① 病院 科 ( 主治医 TEL ( )
	② 病院 科 ( 主治医 TEL ( )
<b>緊急搬送先</b>	病院 TEL ( )
<b>既往歴 または 現病歴</b>	高血圧・脳卒中・狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈(ペースメーカー含む) その他の循環器疾患(弁膜症など)・糖尿病・脂質異常症(高コレステロール・高中性脂肪含む)・骨粗鬆症 その他の病気( )

<b>見学ご希望時間帯</b>		月	火	水	木	金	土	日	<備考欄>
	午前						/	/	
	午後						/	/	
	ご希望の時間記入							/	

- ※ 見学ご希望の時間帯に○印をご記入下さい。
- ※ 送迎の時間に関しましては、調整をしてご連絡を致します。
- ※ ご協力ありがとうございました。ご不明な点がございましたら、お気軽に生活相談員までお問い合わせください。

ご希望の利用日に○印をお願いします。

		月	火	水	木	金	土	日
<b>要支援</b>	10:00~11:30						/	/
	13:50~15:20						/	/
<b>要介護</b>	9:00~12:10						/	/
	13:50~17:00						/	/

- ※ 送迎をご希望の場合には、曜日・時間の調整をお願いする場合がございます。

ゆらり東池袋 記入欄	
受付日時	
見学日時	
備考	