

白馬デイサービスセンター体験利用同意書・申込書

デイサービス体験利用について以下の内容をご確認いただき、ご同意の上、お申し込みください。

|         |   |
|---------|---|
| 体験内容    | 施設見学、食事、おやつ、その日の日課活動、その他必要な支援<br>※入浴、個別機能訓練、送迎の提供はありません。  |
| 体験時間    | 1日(10:00~15:30)もしくは左記のご利用時間内での短時間 ※ご家族様 送迎  |
| 利用料金    | 食事代のみ ※お食事を摂取されない場合はご利用料金は発生しません  |
| 個人情報の保護 | 当法人の職員は、個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者様等に関する個人情報は、細心の注意を払って適切に取扱います。   |
| 緊急時の対応  | ・体調不良(発熱や風邪症状、血圧の変化、感染症の疑いなど)により利用が困難と事業所が判断した場合、ご利用を中止する場合があります。 ・体験利用中に利用者様の状態が急変した場合、当事業所の判断で病院へ緊急搬送することがあります。   |
| 注意事項    | ・体験利用は、お一人様1回までとさせていただきます。 ・体験利用にあたり、お伺いする項目がございますのでご協力ください。 ・安全には万全を期しますが、利用者様の状態により転倒、外傷などが発生する可能性がありますので、予めご了承ください。 ・本体験利用における事故等については、損害賠償の適用除外となります。 |

<ご利用者>  上記事項同意します  同意

|                           |   |  |  |     |
|---------------------------|---|--|--|-----|
| フリガナ                      |   | 性別   | 生 年 月 日  | 介護度 |
| 氏 名                       |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | M・T・S 年 月 日  | 歳   |
| 住 所                       |   | 電話番号   |  |     |
|                           |   | 携 帯  |  |     |
| かかりつけ病院名                  | 既往歴   | 昼食後 内服 有 ・ 無<br>中間薬 内服 有 ・ 無<br>(時間 )<br>内服時の注意(あれば記載)   |  |     |
| 主治医                       |   |  |  |     |
| 移動                        | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 | 視力   | <input type="checkbox"/> 眼鏡有 <input type="checkbox"/> 見えづらい                                    |     |
| 食事                        | <input type="checkbox"/> アレルギー( )   | 聴力   | <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器有                                      |     |
| 注意事項                      | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> おかゆ<br><input type="checkbox"/> その他( )   | 義歯   | <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯                                     |     |
| 認知症状<br>及びその<br>他注意事<br>項 |   | 水分   | <input type="checkbox"/> トロミ   |     |
|                           |   | 排泄   | <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |     |

<ご家族様>  上記事項同意します  同意

|         |  |          |     |  |
|---------|--|----------|-----|--|
| フリガナ    |  | 続 柄      | 連絡先 |  |
| 氏 名     |  | 住 所      |     |  |
| 居宅支援事業所 |  | ケアマネージャー |     |  |