

## 通所介護 見学 お申込み用紙

(TEL &amp; FAX: 072-999-6846)



Recovery Care

電話でのお申込みも承ります。

|          |            |   |     |                  |                 |        |
|----------|------------|---|-----|------------------|-----------------|--------|
| お申込み日    |            | 令和 年 月 日 ( )                                  |     | ※ ご記入できる範囲で結構です。 |                 |        |
| ご利用者様    | フリガナ       |   |     |                  |                 |        |
|          | 氏名         |   |     |                  |                 |        |
|          | 住所         | 〒   |     |                  |                 |        |
|          | 電話番号       |   |     | 緊急連絡先            |                 |        |
|          | 生年月日       | 明治・大正・昭和                                      | 年   | 月                | 日 ( 歳)          | 性別 男・女 |
|          | 要介護度       | 未認定・申請中・要支援Ⅰ・要支援Ⅱ・要介護 1・2・3・4・5               |     |                  |                 |        |
| 居宅事業所    | 貴事業所名      |   |     |                  |                 |        |
|          | ご連絡先       | TEL   | FAX |                  |                 |        |
|          | 担当ケアマネジャー様 |   |     |                  |                 |        |
| お試し会について | ご希望日       | 令和 年 月 日 ( )                                  | 同伴者 |                  |                 |        |
|          | 服薬         | 有 ( ) ・ 無                                     |     |                  |                 |        |
|          | 立位         | 可 ・ 不可  |     | お食事              | 普通食 ・ 一口大 ・ きざみ |        |
|          | 歩行         | 自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子                            |     | アレルギー            | なし ・ あり ( )     |        |
|          | 入浴         | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助                               |     | 感染症              | 有 ・ 無 ・ 不明      |        |
|          | 排泄         | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助                               |     | おむつ              | 使用 ・ 不使用        |        |
| その他について  | 生活保護について   | 有 ( ) ・ 無                                     |     |                  |                 |        |
|          | 機能訓練について   | 注意事項 ( )                                      |     |                  |                 |        |
|          | ご利用目的      | □機能訓練(リハビリ) □ご入浴(清潔保持) □ご友人づくり □ご家族の負担軽減 □その他 |     |                  |                 |        |
|          | 利用希望について   | ご本人様希望 ・ ご家族様希望 ・ ケアプランでの必要性 ・ その他 ( )        |     |                  |                 |        |
|          | 特記事項       |   |     |                  |                 |        |

見学にてご利用者様へのサービス提供及び安全確保のため、上記情報をご提供して頂くにあたり、ケアマネジャー様による下記ご理解のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。  
ご利用者様等の情報は厳重にお取り扱い致します。

<個人情報の取扱いについて>

【利用目的について】

- 1) サービスの提供をおこなうため
  - 2) 当社が行うキャンペーンや、サービスのご案内をおこなうため
  - 3) 身体の状態、傷病名の確認をおこない、安全にサービスの提供をするため
- ◆法令に基づく場合及び本人ならびに公衆の生命、健康、財産を脅かす可能性がある場合を除き、ご本人の同意を得ることなく他に利用及び第三者に提供することはありません。また、個人情報を第三者に委託する場合は、当社の厳正な管理の下で行います。
- ◆なお、ご提出頂きました個人情報について、開示、訂正、削除のご希望がございましたら、下記までお問合せください。

【問合せ先】株式会社UNION SQUARE リカバリーケア明美町リハビリデイサービス お客様相談窓口TEL:072-999-6846

株式会社UNION SQUARE リカバリーケア明美町リハビリデイサービス  
住所:〒581-0087 八尾市明美町二丁目1番28  
TEL&FAX:072-999-6846 担当:高田・小林

