

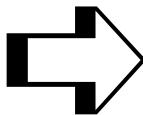
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。ファミタウン洗足では、体験・新規のご希望をFAXでも承ります。必要事項をご記入のうえ、お気軽に送信下さいませ。

こちらから担当ケアマネジャー様へご連絡いたします。

←体験見学・新規のいずれかを○で囲って下さい。

見学・新規

ご依頼用紙



ファミタウン洗足
FAX03-5935-6468

ご利用者様名	様	要介護度	ご利用者様住所
ご利用者様電話番号		体験・新規ご利用希望日	
事業所名		担当ケアマネジャー名	
連絡先			

※別紙(フェイスシート等)での情報提供でも差支えございません

ご利用者様情報

視力	普通・ぼんやり見える・ほとんど見えない・全く見えない		眼鏡	有・無		
聴力	普通・大声なら聴こえる・ほとんど聴こえない・全く聴こえない		補聴器	有・無		
言語	普通・少し不明瞭・不明瞭・理解不能		失語症	有・無		
肢体	麻痺 有・無	拘縮 有・無				
	上肢(左・右)	肩(左・右)	肘(左・右)	手指(左・右)		
	下肢(左・右)	股関節(左・右)	膝(左・右)	足首(左・右)		
座位	出来る・何かにつかまれば出来る・出来ない	立位	出来る・何かにつかまれば出来る・出来ない			
移動	歩行	出来る・何かにつかまれば出来る・出来ない				
		杖・歩行器()				
車椅子	移乗(自立・一部介助・全介助)					
排泄	自立・誘導・介助	尿意(有・時々・無)	便意(有・時々・無)	下剤 有・無・()		
	下着・リハビリパンツ・おむつ					
薬	内服薬	有・無	アレルギー	有・無		
既往歴・現疾患	誤嚥性肺炎 有・無 発症日					
	認知症 有・無 発症日					

【その他特記事項】

管理者	相談員	担当

体力測定 ①

秒

② 右

秒

左

③

秒

/5回