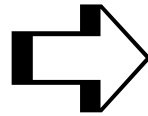


平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。ファミタウン洗足では、体験・新規のご希望をFAXでも承ります。必要事項をご記入のうえ、お気軽に送信下さいませ。

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・現疾病	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

秒

③

秒 /5回