

# 通所リハビリテーション まえはら

## 体験利用申請書・同意書

\*体験時間は1時間程度とさせていただきます

利用者氏名		性別		住所			連絡先	
		男	女	〒			固定電話	
							携帯電話	
生年月日				介護度	居宅支援事業所		担当ケアマネージャー	
明治						事業所名		
大正	年		月					
昭和			日		歳	連絡先		
申請者（ご家族）		族柄	住所			電話番号		
			〒			固定電話		
						携帯電話		

送迎希望日

体験利用希望日 (希望日が多いと 送迎がスムーズに なります)	第一希望:	令和	3	年		月		日		曜日	時間帯:	
	第二希望:	令和	3	年		月		日		曜日	時間帯:	
	第三希望:	令和	3	年		月		日		曜日	時間帯:	

送迎希望	希望する
	希望しない

主病名		麻痺		拘縮		意思疎通	
		有 ・ 無		有 ・ 無		可 ・ 不可	
既往歴		排泄					
		尿意便意	あり ・ なし		失禁	あり ・ なし	
		下着	リハビリパンツ ・ オムツ ・ パット ・ 布パンツ				
移動	独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 車椅子		介助	不要 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			

通所リハビリテーションまえはらの体験利用にあたり、体験利用前に下記の事項について内容の説明を受け、同意した上で体験利用を希望します。

記

体験利用にあたって

- 私の健康状態が良好であることを確認した上で、体験利用します。
- 体験利用（送迎・体験時含む）において、本人様の不注意等で怪我や事故が生じた場合や持参物を紛失した場合は、事業者は一切の責任を負わないことを理解・同意します。
- 体調不良で当事業所の利用基準において、利用が困難と判断された場合はその時点で帰宅をお願いします。
- 体験利用中、利用者が事業者やサービス従事者に対して、背信行為を行った場合利用を中止いただくことがございます。
- 当施設とその職員は当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者様及びその家族様に関する個人情報は細心の注意を持って取り扱いをいたします。

以上  
\*事業所にて説明しますのでサインは不要です

私は、本書面に基づいて事業者から同意書の説明を受け同意し、受領しました。
令和      年      月      日
利用者氏名
_____