

# 池月デイサービスセンターわぐわぐ

通所介護・介護予防通所介護施設

## 無料お試し利用実施中

笑顔と生きがいあふれる生活を  
わたしたちが心を込めてお手伝いします。



お風呂場



送迎車



リハビリ風景

一日の過ごし方は  
パンフレットを  
ご覧下さい。



わぐわぐとは、気持ちがわくわくドキドキするの「わくわく」  
を詠らせた言葉です。  
どうぞ気兼ねなくお茶っこ飲む気分で来て下さい。

### 一日無料体験申し込みの留意点

体験利用にあたりましては、通常の利用者の方と同じ時間帯になります。

送迎に関しては、希望により実施致しますが、この部分も通常の利用者の方と同様とさせていただきます。概ね8時45分前後のお迎えで、お帰りが17時前後になります。その他の時間帯での体験利用をご希望の場合は、ご家族様の送迎となります。

体験利用時の昼食は無料にて召し上がっていただけますが、入浴に関しては実施しておりませんのでご了承下さい。

見学をしてみたいという方は、10時～16時の間でお願いいたします。  
但し、12時～14時までは昼食及び午睡(昼寝)の時間帯となりますのでご遠慮願います。

既に、介護認定が確定しており、ケアマネジャーがいる方は、担当のケアマネジャーまでお申し出下さい。

まだ、介護認定を受けていない方は、一度お電話にてご連絡下さい。認定が出ていなくても、体験利用や見学は可能です。  
記入に関しましては、記入できる範囲内で結構です。

(お問い合わせ先)

〒989-6405 大崎市岩出山池月字下宮道下17番地

電話 0229-78-2450



# 一日無料体験申込書

平成 年 月 日 申込

|            |                               |       |         |
|------------|-------------------------------|-------|---------|
| 居宅介護支援事業者名 |                               |       |         |
| 担当ケアマネジャー  |                               |       |         |
| 電話番号/FAX番号 | /                             |       |         |
| フリガナ       |                               |       |         |
| お客様氏名      |                               |       |         |
| 生 年 月 日    | ( 明治・大正・昭和 )                  | 年 月 日 | 生 ( 歳 ) |
| 住 所        |                               |       |         |
| 電 話 番 号    |                               |       |         |
| 緊急連絡先      |                               |       |         |
| 要 介 護 度    | 要支援 ( 1・2 ) 要介護 ( 1・2・3・4・5 ) |       |         |
| 既 往 病 歴    |                               |       |         |
| 感 染 症      | なし あり ( )                     |       |         |
| 利用病院名      |                               | 科     | 主治医:    |
|            |                               | 科     | 主治医:    |
|            |                               | 科     | 主治医:    |
| 服 用 薬      |                               |       |         |
| ご希望体験日     | 平成                            | 年 月 日 | ( )     |

## 【お客様情報】

|         |      |                                                       |                     |             |
|---------|------|-------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| 食 事     | 主 食  | 常食 粥 ミキサー食 経管栄養 ( 鼻腔・胃ろう ) 時間 :                       |                     |             |
|         | 副 食  | 普通 刻み ミキサー食                                           |                     |             |
|         | 使用具  | 箸 スプーン フォーク その他 ( )                                   |                     |             |
|         | 摂取状況 | 自立 一部介助 全介助                                           |                     |             |
|         | 義 歯  | なし あり ( 上 下 部分 )                                      |                     |             |
|         | 禁止食  | あり ( ) なし                                             |                     |             |
|         | 制限など | あり ( ) なし                                             |                     |             |
| 排 泄     | 尿 意  | あり なし                                                 | 排泄行為                | 自立 一部介助 全介助 |
|         | 便 意  | あり なし                                                 |                     | 自立 一部介助 全介助 |
|         | オムツ  | あり なし                                                 | テープ式オムツ リハビリパンツ パット |             |
| 移動      | 立 位  | 可能 つかまれば可能 一部介助 全介助                                   |                     |             |
|         | 歩 行  | 自立 杖 歩行器 シルバーカー 車椅子 その他 ( )                           |                     |             |
| 意思疎通    | 認知症  | なし 多少あり あり                                            |                     |             |
|         | 意思表示 | あり 多少障害 なし                                            |                     |             |
|         | 理解力  | あり 多少あり なし                                            |                     |             |
|         | 会 話  | 可能 多少 ( 程度 ) なし                                       |                     |             |
| 感覚      | 視 力  | 普通 やや困難 見えない 眼鏡 ( あり なし )                             |                     |             |
|         | 聴 力  | 普通 やや困難 聞こえない 補聴器 ( あり なし )<br>聞こえやすい方の耳 ( 右 左 )      |                     |             |
| 身体機能    | 麻 痺  | なし あり<br>部位: 右上肢 右下肢 左上肢 左下肢 その他 ( )                  |                     |             |
|         | 褥 瘡  | なし あり 部位: 仙骨部 大転子部 ( 右 左 )<br>外踵部 ( 右 左 ) その他 ( ) 程度: |                     |             |
| 午睡状況/場所 |      | 午睡: する しない / ベッド 布団 その他 ( )                           |                     |             |
| 家族構成    |      | 独居生活 日中独居 夫婦のみ ( 夫: 妻: )<br>同居:                       |                     |             |

※記入にあたりましては、裏面の「申し込みの留意点」をお読み下さい。