

入浴介助 ヘルパー申込書

佐賀嬉野バリアフリーツアーセンター(TEL0954-42-5126 FAX0954-42-0361)

ヘルパー派遣料金(2名体制) ￥5,000

作成年月日 年 月 日

旅行日程		宿泊日数			
宿泊先					
入浴介助日		入浴時間			
介助を受ける方の 氏名		男・女	年齢	生年月日	大正・昭和・平成
					年 月 日
住所	〒 -			体重	kg
TEL		FAX			
メールアドレス					
携帯電話					
緊急連絡先	続柄()		TEL		

旅行時の同行者		
続柄	名前	連絡先(TELなど)
かかりつけ医連絡先		
病院名		専門科
担当医名		TEL
健康状態(普段の生活)		
・ 車椅子を使用していますか？	使用している ・ 使用していない	
・ 車椅子の種類は？	自走手動 ・ 介護手動 ・ 電動 ・ ストレッチャー	
・ 車椅子を自分で操作できますか？	操作できる ・ 操作もするが介助もしてもらう ・ 常に介助してもらう	
・ 立位は可能ですか？	可能 ・ 不可能	
・ 伝い歩きは可能ですか？	可能 ・ 不可能	
・ 座位は可能ですか？	可能 ・ 不可能	

入浴介助 ヘルパー申込書

佐賀嬉野バリアフリースーツアースター

排泄について	
・ 尿意は感じますか？	感じる ・ 感じない
・ 便意は感じますか？	感じる ・ 感じない
・ 自身で排泄はできますか？	できる ・ できない ・ 時々失敗する
会話について	
・ 会話がわかる	できる ・ できない
・ 人が言うことを、理解できる？	できる ・ 時間をかければ理解できる ・ 理解できない
・ 耳が不自由	聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない
・ 言語障害がありますか？	しゃべれる ・ しゃべれない ・ 聞き取りにくい
着脱衣	
・ 自分で脱ぎ着できる	できる ・ できない
・ 着脱衣は介助が必要	必要 ・ 必要でない
痴呆などの生活障害	
・ 認知症などの症状	ある ・ なし ・ 時々あり
障害者・要介護認定	
認定を受けている方は区分を教えてください	<input type="checkbox"/> 障がい者（種 級） <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 認定無し
普段の一週間の流れ	
週●回デイサービス、など、一週間どのように過ごされているか、大まかにお書き下さい。	
現在ケガや、心配される事柄はありますか？	
備考(気をつけてほしいこと、ご本人の性格など)	
平均血圧(/) 平均体温()	

FAX送付先 佐賀嬉野バリアフリースーツアースター FAX0954-42-0361