

ご利用お伺い書 (アセスメント表)

【お伺い者様】

お申込み日； 20 年 月 日

お名前； _____ 様 (ご利用者様との関係) _____

連絡先；携帯 _____ - _____ 電話 _____ - _____

FAX _____ - _____ メール _____

住所；〒 _____ - _____

【ご利用予定者様】 (別紙で代行可)

お名前； _____ 様 申込者との関係 (_____)

住所；〒 _____ 自宅 _____

施設名 _____

ご年齢； _____ 歳 性別； 男 女 身長； _____ cm 体重； _____ kg

介護認定； 自立 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

身体障害者認定； 名称 _____ 種 _____ 級

現病名； _____

【ご希望の旅行についてご記入ください】

① 旅行目的； _____

② 旅行先方面(予定)； _____

③ 旅行期間； 具体的 20 年 月 日 ~ 月 日 日帰り

④ 同行旅行者； 有・無 _____

⑤ 宿泊先； 洋室 和室可 バリアフリールーム 喫煙・禁煙 部屋食 貸切家族風呂

⑥ 同室介助； 要 不要 就寝時間 _____ 時頃 起床時間 _____ 時頃

【ご旅行にあたって】

① ご本人様が旅行を希望されていますか？ はい・いいえ]

② ご家族様が同意されていますか？ はい・いいえ]

③ 主治医・ケアマネージャーなど医療・介護等関係者の許可を得られていますか？

はい・いいえ]

(注記:このシートで得られた情報は、当社からお客様への連絡として使用させていただきます)

株式会社ここここ旅行

〒232-0002 横浜市南区三春台156-9

TEL: 045-251-0821 FAX: 045-520-2258

担当: 高野 俊夫

【ご旅行に必要な介護サービスをご記入ください】（別紙で代行可）

- ①移動サービス；立位可能 杖歩行見守り
車椅子（手動・電動）サイズ（幅 cm×奥行き cm×高さ cm）
その他〔補助で移乗可能程度。車椅子でも座位不安定。背、クッション要〕
- ②排泄サービス；自立 一部介助 リハビリパンツ オムツ（夜間） 夜間介助
その他〔 _____ 〕
- ③食事サービス；普通食 一口大 きざみ食 ミキサー食 とろみ剤使用
その他〔 _____ 〕
- ④服薬サービス；食前・食後・食間・就寝前
- ⑤入浴サービス；大浴場 家族風呂 清拭
その他〔無理して入浴はしなくてもよし。〕
- ⑥更衣・整容・口腔ケア；要介助 一部介助 見守り
その他〔 _____ 〕
- ⑦ その他必要事項

認知症診断；無 有 同行者； _____ （続柄 _____）

金銭管理；無 有

発作性疾病；無 有〔 _____ 〕

コミュニケーション；補聴器使用 筆談 失語症 構音障害 話せないが理解力あり
その他〔家族間同士では意思は通っている〕

視力；問題なし 眼鏡あり 見えにくい

麻痺；無 有〔 〕

酔い；無 有〔車、船、他〕

【上記記入以外にお伝えしたいことがあればご記入下さい】

- ・好きな食べ物 _____
- ・嫌いな食べ物 _____
- ・好きな芸能人 _____
- ・興味や楽しむことは・・・ _____
- ・怖がることは何かありますか _____

株式会社ここここ旅行

〒232-0002 横浜市南区三春台156-9

TEL：045-251-0821 FAX：045-520-2258

担当：高野 俊夫