

連携シート

ご利用様と円滑にご希望に添ったサービスを提供させていただくために、今回のご利用にあたっての状況、またご利用者様についてお分かりになる範囲でお答えください。

氏名： _____	性別： 男性 ・ 女性 _____
生年月日： _____	年齢： _____
出身地： _____	職歴： _____

趣味：

介護度： 未申請 ・ 申請中 ・ 要支援（ ） ・ 要介護（ ）

利用している介護サービス：

既往歴（今までに患った病気やケガ／例.1990年 脳梗塞 手術など）：

現病歴（今も治療している、症状がある病気やケガ／喘息で毎日吸入しているが、冬に発作が起こることがあるなど）：

MRI などの検査に必要な情報（次のような方は検査を受けられないことがあります。必ず申し出てください）

<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーを埋め込んでいる方
<input type="checkbox"/> 人工内耳、人工中耳の方
<input type="checkbox"/> ステント挿入手術を2週間以内に受けられた方
<input type="checkbox"/> 古い人工心臓弁の手術を受けられている方
<input type="checkbox"/> 眼に微細な金属片が入っている（または入っていると疑わしい方）
<input type="checkbox"/> チタン製以外の脳動脈瘤クリップが入っている方
<input type="checkbox"/> 金属の義眼底の方
<input type="checkbox"/> 骨折によりボルト固定がされたままの方（わかれば材質も）
<input type="checkbox"/> 躯幹全体に入墨のある方

■日常生活動作

移動： 屋内（何も使わず歩行できる ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車いす ・ ストレッチャー）

屋外（何も使わず歩行できる ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車いす ・ ストレッチャー）

□その他 (_____)

■サービス中の介助についてご要望に当てはまるものにチェックをつけてください。

□ご利用様が楽しむことに集中できるように、疲労軽減を目的に介助してほしい。

□ご利用様ができることはご自分でいき、できない部分のみ介助してほしい。

□家族でできるだけ介助をしたいが、安心のため見守りをしてほしい。

□サービスを通してご利用様に自信を付けたいので、できる限りチャレンジできるように見守りをしてほしい。

スタッフへの希望： _____

□病院からの同意書へのサインの代筆をルピネスタッフに許可します

HP 掲載の許可：(後ろから ・ 顔がわからなければ ・ 顔が映っても OK)

※ 許可をいただければ、次回以降サービスチケットが適用できます。

お申込者様

(カナ)： _____

氏名： _____ 続柄：(_____)

電話番号：(自宅) _____ (携帯) _____

メールアドレス： _____

ご連絡者様 (ご報告が必要な時にご連絡を差し上げる方、お申込者様と同一でない場合はご記入ください)

(カナ)： _____

氏名： _____ 続柄：(_____)

電話番号：(自宅) _____ (携帯) _____

メールアドレス： _____

この情報は個人情報取り扱い事項に基づき、厳重に管理されます。ご協力ありがとうございました。

