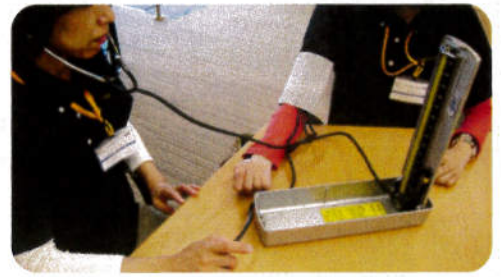


らいおんデイサービスの一日

朝、来所いただいた利用者様それぞれの体調に合わせて、その日のメニューを構成します。リフレッシュしたい方、トレーニングしたい方、その日のモチベーションに合わせて、楽しく元気に過ごしていただきます。



9:00 来所後、バイタルを測定。その日の体調をチェックします。



9:15 それぞれのメニューを、指導員のアドバイスをを受けながら、ご自分のペースで進めていただきます。

お風呂



レッドコート



マシーン



13:00 機能訓練指導員が、運動療法・ストレッチ・歩行訓練などを個別に行います。



ボール体操



セラバンド体操



脳トレ



歩行訓練



運動療法

利用者様の無理なく、負担の少ない運動メニューを、専門の機能訓練指導員が個別に構成します。

12:00 ランチタイム



15:00 ティータイム



らいおん デイサービス センター 柏原

LION DAY SERVICE CENTER KASHIWARA

〒582-0018 大阪府柏原市大泉 4-10-4

近鉄大阪線「堅下駅」から徒歩6分 東高野街道「大泉」交差点すぐ

お申込みは、お気軽にお電話ください！

☎ 072-970-6220

電話受付時間 月曜日～土曜日・祝日 午前 8:30 ～午後 5:30

ご見学・ご体験 申込書

*ご見学・ご体験においてのお食事代・おやつ等の実費のご請求はございません。

| | | | | | | | |
|---------------|-----|-------|-----|-------------------|---------------|----------------|-----|
| フリガナ | | | | 性別 | (M ・ T ・ S) | | |
| 氏名 | | | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 介護度 | 要支援 | 1 ・ 2 | 要介護 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | |
| 住所 | | | | | 連絡先 | 【TEL】 【FAX】 | |
| 居宅介護 支援事業所 | | | | | 連絡先 | 【TEL】 【FAX】 | |
| ケアマネジャー | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------|---|---|--|--|--|----------|--|
| コース | ご見学 ・ ご体験 | | | | | | |
| 希望日時 | 第一希望 | 月 | 日 () | 第二希望 | 月 | 日 () | |
| | | AM : ~ : | PM : ~ : | | AM : ~ : | PM : ~ : | |
| 送迎 | あり ・ なし (名) | 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 立位可能 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 | | | | |
| 食事 | あり ・ なし (名分) | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| | | 主食 | <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> おかゆ | 副菜 | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 透析食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー | | |
| おやつ | あり ・ なし (名分) | 服薬 | あり ・ なし | <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| アレルギー | あり ・ なし | 種類 () | | | | | |
| 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> めがね | | | | | | |
| 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器 | | | | | | |
| 認知症 | あり ・ なし | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ | | | | |
| 既往症 | | | | | | | |
| 注意点 その他 | | | | | | | |

お申込みはFAX番号**072-970-6352**までお願いいたします。



デイサービスに関するご質問・ご相談等ございましたら
お気軽にご連絡ください。

〒582-0018
大阪府柏原市大県4-10-4
TEL 072-970-6220
FAX 072-970-6352
担当者 衛藤(えとう)