

# お試し申込書

- ・お試し日が重複した場合はFAXの受信日を優先します。
- ・ご家族へのデモンストレーションのみでも承ります。
- ・お試しの申し込みはキャンセルして頂いても構いません。

【ご利用者様基本情報】 ※担当のケアマネージャー様にご記入いただくことをお勧めしております。

フリガナ お名前		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	ご年齢	歳
要介護度	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3以下 <input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 障害者認定( 級) <input type="checkbox"/> 難病認定				
既往症等					
主たる介護者	<input type="checkbox"/> ご家族( ) <input type="checkbox"/> ヘルパー(朝・昼・夕・夜間) <input type="checkbox"/> その他( )				
同居者	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他( )				
本製品を使用される時間帯	午前・午後 時 ~ 午前・午後 時				

【ご利用者様状況(右欄にチェックを入れて下さい)】

項目	チェック内容	チェック欄
排泄状況	オムツ使用	オムツのご使用 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	排便 排尿	排便の状況 <input type="checkbox"/> 自然な排便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 下剤
		カテーテル・バルーン等を使用 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	排泄時 体位	仰臥位(仰向け)で排泄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		側臥位(横向き)で排泄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
排泄部 (男性)	陰茎部が完全に埋没している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	睾丸が肥大している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
体の状態・ 疾病等	意識	意識がはっきりしている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない
	体型	かなり痩せている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		かなり太っている(※オムツサイズLL以上) <input type="checkbox"/> はい(体重 kg) <input type="checkbox"/> いいえ
	拘縮	下肢に強い拘縮あり(交差している) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	認知症 離床等	オムツを自分で外してしまう <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
勝手にベッドから降りてしまう <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
既往症 その他	褥瘡(床ずれ)がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	仙骨が著しく出ている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
寝返り	頻繁に寝返りを打つ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	寝返りを全く打たない・打てない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
お試し利用に 関しての同意	今回のお試し利用の同意が取れている方 (意思表示可能な場合は、必ずご本人様の同意を お取りください)	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご本人は意思表示可能 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 介護関係者

【貴社情報】

フリガナ		フリガナ	
御社名・事業所名		ご担当者様氏名	
所在地	都道 府県	市区 町村	
電話番号	-	FAX番号	-

FAX送付先:アド・ロールス株式会社 FAX: **03-5787-6838**

※本件により取得したお客様情報は、第三者への漏洩の無いよう厳重に保管いたします。  
※製品の発送や保守等、当社が提供するサービスの履行に必要な場合のみ、当社と守秘契約を締結した協力会社とお客様情報を共有する場合があります。予めご了承ください。