



デイサービス無料体験申込書

この度は、無料体験にお申込み頂き誠にありがとうございます。
下記に必要事項記入の上 ご提出ください。

お問合せ先

TEL 06-6384-1165

FAX 06-6384-1168

(郵送又はFAXでも受け付けております)

利用者情報	(ふりがな)	性別	生年月日		
	(氏名)	男・女	M・T・S	年	月 日生
	住所 〒 -				
TEL ()					

(キーパーソン) 相談者情報	(ふりがな)	続柄	介護 保険 情報	居宅支援事業所名		担当	
	(氏名)						
	住所			連絡先 (TEL)			
	連絡先 (TEL)			要介護度			
申請中 (申請日) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							
備考欄							

心身の状態	認知症	無・有	麻痺	無・有 ()		拘縮	無・有 ()	
	視力障害	無・有	聴力障害	無・有	嚥下障害	無・有	言語障害	無・有
	疼痛	無・有	褥瘡	無・有	医療処置	無・有 ()		
食事	義歯 (無・有)		普通食・軟食・一口大・きざみ・トロミ・流動食・その他 ()					
移動	自立 見守り 杖歩行 シルバーカー 車椅子 その他 ()							
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助			下着	布 パット リハパン オムツ			
入浴	無・有…普通浴・機械浴				自立・一部介助・全介助			
既往歴								
お薬情報	無・有…昼食(前・後)薬							
特記事項								

※下記の項目にチェックお願い致します。

- 体験利用がしたい (希望日 年 月 日 曜日)
- 利用がしたい (希望曜日 月 火 水 木 金 土 日)
- 希望サービス開始日 (年 月 日 曜日)

※お食事の調整がありますので2日前までにお申し込みくださいますようお願いいたします。