

デイサービスヒマリ 一日体験申込書

フリガナ 氏名 (男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日 歳						
	電話番号	() -						
住所	介護度	【 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 】						
既往歴								
緊急連絡先【氏名】								
		続柄()	電話番号	() -				
住所								
デイサービス利用目的								
食事	【主食】 普通・軟飯・お粥・ミキサー		【副菜】 普通・一口大・刻み・ミキサー					
	【器具】 箸・スプーン(大・小)・フォーク(大・小)・その他()							
	アレルギー		嫌いな食べ物	好きな食べ物				
入浴	希望・希望無・見学		洗体介助	自立・一部介助・全介助				
	その他注意事項など							
排泄	自立・誘導・リハパン・オムツ							
	その他注意事項など							
移動	自立・杖・押し車・車椅子・その他()							
	その他注意事項など							
服薬	昼食薬(あり・なし)							
	内容(分かる範囲で結構です)							
	その他注意事項など							
体験日	第一希望	令和	年	月	日	時間	9:00頃～16:30頃 ※上記より短時間の利用を希望される場合は ご相談ください。	
	第二希望	令和	年	月	日			
備考	※昼食付(無料)・入浴を希望される場合は、着替え、バスタオル、フェイスタオル2枚をご用意ください。							
介護支援 事業所名	(担当者ケアマネ)						TEL	() -
							FAX	() -

デイサービスヒマリ (責任者 山田)
 TEL/FAX 0725-24-9069
 介護保険事業所番号 2790600130