

デイサービス きりり 体験申し込み書

年 月 日

利用者	ふりがな			男・女
	氏名	様		
	生年月日	M・T・S	年 月 日	歳
	住所	〒 -		TEL () -
	緊急連絡先氏名		続柄	
	緊急時の連絡先	TEL () -	携帯 ()	-
介護度 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2 申請中 ☆負担割合 1 2 3 割負担 ☆日常生活自立度 障害高齢者(自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知症高齢者(自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) 作成日 年 月 日 意見書・調査票				
主治医	医療機関名	医師		TEL () -
現病歴	(年)	既往歴	(年)	
	(年)		(年)	
	(年)		(年)	
体験希望日 月 日 ()				
該当する内容に○をつけて下さい。 ◎食事 <主食> 米飯・粥 <副食> 普通食・軟菜食・ソフト食 アレルギー 無・有 () 自立・見守り・一部介助 箸・スプーン・フォーク ◎排泄 <尿意> 有・無 <便意> 有・無 自立・見守り・一部介助・全介助 布パンツ・尿取りパット・リハビリパンツ ◎移動 独歩・杖・手押し車・車椅子・その他() ◎服薬 有・無 / 朝・昼・夕 内容() ◎口腔 義歯(有・無) ◎送迎希望 有・無 / 本人のみ・家族同伴 (同伴の場合:続柄)				
詳細は後日ご連絡いたします。体験時の入浴は感染症予防の観点より現在実施しておりません。 ○料金 昼食代お一人612円を当日お支払いください。				
その他、配慮すべき事柄がございましたらご記入ください。				
サービス利用 有・無 有の場合 ケアプランセンター名 () ケアマネジャー名 () 連絡先()				
FAXにてお申込みください。FAX:072-234-8674				

