



無料体験申込書

希望施設

- 通所リハビリテーション（すきっぷ）
 デイサービスセンターゆすら
 ケアセンター万年青

TEL

0725-92-0045
 0725-92-3220
 0725-43-4406

FAX

0725-92-0330
 0725-92-3221
 0725-43-4408

担当

かつだ かわさか
 勝田・川阪
 おがわ や みずしま
 小川谷・水島
 うえ かみむら
 上・上村

Tachibana Medical Corporation

※太枠のみFAXいただけましたら、後ほどお電話させていただきます。 申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日				
氏名	様	男・女	明・大・昭	年	月	日	(歳)
住所	〒		介護度	事業対象者			
TEL				要支援	1・2		
緊急連絡先	様 続柄 ()		要介護	1・2・3・4・5			
			申請中	区分変更中			
			TEL				

ご希望に○を付けてください	月	火	水	木	金	土	日 万年青のみ
一日利用							
短時間利用	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM	AM PM
送迎	あり・なし		入浴	あり・なし		昼食	あり・なし
使用薬剤	あり・なし 内容:		アレルギー	あり・なし 詳細:		ムセ	あり・なし

疾患名							
麻痺	あり・なし 部位:	拘縮	あり・なし 部位:	意思疎通	可・不可		
視力障害	あり・なし	聴覚障害	あり・なし 補聴器 あり・なし	義歯	あり・なし		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	特記事項:			
立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	特記事項:			
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	特記事項:			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	特記事項:			
認知症に関する情報							
気になること	<input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> その他:						
特記事項							

居宅介護支援事業所	TEL	FAX	担当 ケアマネジャー
-----------	-----	-----	---------------