



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

川阪(かわさか)
小川谷(おがわや) 水島(みずしま)
上(うえ)

※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 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区分変更中
TEL			
緊急連絡先	様 続柄 ()	TEL	

ご希望に○を付けてください	月	火	水	木	金	土	日
一日利用							
短時間利用	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)	
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> トロミ	(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	
-----------	-----	-----	---------------	--