



無料体験申込書

希望施設

TEL

FAX

担当

- ☐ 通所リハビリテーション（すきっぷ） 0725-92-0045
☐ デイサービスセンターゆすら 0725-92-3220
☐ ケアセンター万年青 0725-43-4406

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

木戸(きど)
小川谷（おがわや）水島（みずしま）
宮田（みやた）

※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	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (特記事項				
立 位	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (特記事項				
食 事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (特記事項				
食事形態	☐ 普通食 ☐ 一口大 ☐ トロミ (特記事項				
排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (特記事項				
認知症に 関する情報					
気になること	☐ 運動 ☐ 食事 ☐ 歯 ☐ 薬 ☐ 物忘れ ☐ 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	
---------------	-----	-----	---------------	--