

一日体験／利用申込書

(体験かご利用かどちらかに〇をしてください)

平成 年 月 日

ふりがな			生年月日
ご利用者名			明・大・昭 年 月 日
電話番号			要支援・要介護状態区分
ご住所			要支援1 ・ 要支援2 要介護 1・2・3・4・5
緊急連絡先	お名前		続柄：
	電話番号		

身体状況	現疾患		
	服薬内容	(有 ・ 無)	
	アレルギー	(有 ・ 無)	
	移動	独歩 ・ 杖 ・ 手押し車 ・ 歩行器 ・ 車椅子	
	視力	問題なし ・ 見えにくい(右 ・ 左) ・ 眼鏡(有 ・ 無)	
	聴力	問題なし ・ 聴こえにくい(右 ・ 左) ・ 補聴器(有 ・ 無)	
	お食事等	主食：ごはん・おかゆ / 副食：普通・刻み・その他 () 好きなもの () ・ 嫌いなもの () 嗜好品 ()	
	その他留意事項		
主治医	医療機関名		
	担当医		連絡先

体験ご希望日	月 日 ()	送迎	(有 ・ 無)
	付き添い者 (有 ・ 無)		普通車・車椅子対応型
利用ご希望曜日	月・火・水・木・金 (週 日)	開始日	月 日 () から

居宅介護支援事業所	事業所名		TEL	
	ご担当者		FAX	