

# デイサービス体験利用申込書

 0120-658-262

FAX: 072-338-5077

令和 年 月 日

ふりがな			男 女	明治 大正 昭和	年 月 日
ご利用者様氏名					
ご住所	〒			TEL	
ふりがな					続柄
緊急連絡先氏名	TEL				
要介護度	要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5				
認知症日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
食 事	動作	自立・見守り・一部介助・全介助		排泄  尿意 (有・無)    便意 (有・無)  昼    トイレ・Pトイレ・オムツ 夜    トイレ・Pトイレ・オムツ	
	主食	米食・おかゆ・流動食・パン			
	副食	普通・刻み・ミキサー食			
	アレルギー	(有・無)			
移 動	歩行	自立・何かにつかまれば出来る・出来ない		特記	
		杖・歩行器			
	車椅子	移乗			
操作					
既往症					

## \*ご予約日

日時	月 日 ( )				
食事	有 ・ 無		送迎	必要 ・ 不要	
薬					
留意事項					

## \*居宅介護支援事業所様名

事業所様名			ご担当者様		
所在地	〒			TEL FAX	