

デイサービスセンターやどり木体験利用申込書

申込者	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	氏名		事業所 ご連絡先 () -

※ご体験者様の情報のご記入は全項目ではなく、記入ができる範囲でかまいません。

希望日	平成 年 月 日 () / 決まっていない場合 … () 曜日希望					
ご体験者の情報	氏名	(フリガナ)	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 () 年 月 日
	送迎先住所	〒 -				
	介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中 ()				
	既往歴					
	薬	なし あり () 自己管理 施設預かり				
	ADL	食 事	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
			主食	白米・粥	副食	通常食・刻み・ミキサー
			その他	減塩・カリウム制限・糖質制限・カロリー制限 ()		
		排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
		移動・歩行	自立・見守り・一部介助・全介助 ()			
認知症	なし あり	日常生活自立度	I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M			
特 記	※注意事項、ご要望等がございましたらご記入ください					

緊急連絡先 ご家族様	氏 名		続 柄	
	連 絡 先	ご自宅 () - / 携帯 () -		
	特 記			
	※ 送迎時間等のご連絡は … <input type="checkbox"/> ケアマネに / <input type="checkbox"/> ご本人に / <input type="checkbox"/> ご家族に			

FAX送信先 053-447-7777