

デイサービス介護の歩 体験利用申込書

TEL.06-6656-5588
FAX.06-6656-5599

申込日 年 月 日

氏 名	男・女		生年月日	M・T・S		年	月	日生
住 所								
介護認定	要支援・要介護（ ）・申請中				電話番号			
病 院 名					主 治 医			
体験希望日	年 月 日（ ）				担当CM			
居宅介護支援事業所					連絡先			
送 迎	無・有	入 浴	無・有	食 事	無・有	服 薬	無・有	
希望など								
A D L	移 動	自立・見守り・一部介助・全介助 / （ 杖・歩行器・車椅子 ） 備 考：						
	排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助 / 尿意（有・無）・便意（有・無） 備 考：						
	入 浴	自立・見守り・一部介助・全介助・（ ） 備 考：						
食事形態	主 食	米飯・粥・おにぎり						
	副 食	通常・一口大・刻み・ミキサー/ 自助具（ ）						
認 知 症	無・有	感 染 症	無・有（ ）		アレルギー	無・有（ ）		
既往歴 その他								

※体験利用申込書に記載された個人情報は、目的以外での利用および無断での第三者への開示は一切いたしません。

— ご用意いただくもの —

- 入浴を希望される方は、着替えをお持ちください。オムツやリハビリパンツ等ご使用の場合は必要数ご用意ください。（タオル・シャンプー・石鹸は当施設で用意いたします。）
- 昼食をご希望の方は、昼食代として500円をお持ちください。
- 薬や塗薬等の処方薬を普段から使用されている方は忘れずにお持ちください。
- いくつかスリッパを用意していますが、安全性の面から動きやすい上履きをご用意ください。