

知立市社会福祉協議会通所介護事業所（知立市福祉の里ハツ田デイサービスセンター）

デイサービス □見学 ・ □体験（お試し）利用 申込書

平成 年 月 日

※ 必要事項 および □にチェック (✓) または 該当項目に○印をご記入ください。

居宅介護支援事業所名		ケアマネ様氏名		【電話】	-	-
				【携帯】	-	-
				【FAX】	-	-

フリガナ		性別	生年月日（年齢）			
ご利用者様氏名		男・女	M・T・S	年	月	日
				（ 歳 ）		
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 未申請					
ご住所	〒 -			【電話】	-	-
				【携帯】	-	-
ご家族又は緊急連絡先	続柄()			【電話】	-	-
				【携帯】	-	-

ご希望日時	平成 年 月 日 ()		午前	:	~	午前	:
			午後	:		午後	:
来所される方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名:		続柄:)		<input type="checkbox"/> ケアマネ

※ 以下、体験(お試し)利用をご希望の場合のみご記入ください。(見学のみの場合には記入不要)

食事希望	(本人) 【希望】 有・無 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 【主食】 普通・粥・ミキサー 【副菜】 普通・一口大・きざみ・ミキサー (家族) 【希望】 有・無 ※ 食事代として、ご本人・ご家族とも1食500円が必要です。					
服薬等	有・無 【服薬】 食前・食間・食後 【その他】 ()					
歩行	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パッド					
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器				認知症	有・無
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡				感染症	有・無
送迎	※ 申し訳ありませんが、送迎及び入浴の体験(お試し)利用については、現在のところ、					
入浴	対応しておりませんので、ご了承ください。(特殊浴室・一般浴室・送迎車両の見学可)					
留意事項・ご要望等	【 疾病・アレルギー・その他の留意事項・ご要望等がございましたらご記入ください。】					

上記の内容にて、デイサービスの体験（お試し）利用を申し込みます。

ご利用者様氏名

Ⓜ または ご家族様氏名

Ⓜ

※ お手数ですが、必要事項等ご記入の上、下記あてにお申込み(FAX可)くださるようお願いいたします。

【申込み先・問合せ先】

知立市社会福祉協議会通所介護事業所 【受付時間】 8:30~17:15 【TEL】 0566-82-8833

(知立市福祉の里ハツ田デイサービスセンター) 【サービス提供時間】 9:45~15:00 【FAX】 0566-83-4070

担当：小林・佐藤