

# 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)

## 見学・体験（お試し）利用のご案内

デイサービスのご利用を検討されている方に、見学または体験（お試し）利用をご用意させていただいております。

健康のチェック、浴室の見学、食事、レクリエーション等、デイサービスの内容の見学や体験により、知立市社会福祉協議会のデイサービスセンターを知っていただくとともに、ご利用者様のデイ利用に対する判断材料としていただくことを目的としています。

どうぞ、お気軽にご利用ください。

また、ご家族様の同伴も可能です。ご遠慮なくお申出ください。

- 費用は無料です。（ただし、希望者は昼食 550 円とおやつ代 50 円が必要）
- 介護認定を受けている方、または、認定の申請中及び申請予定の方を対象とします。
- 昼食（希望者のみ）・おやつ（午後 2 時 30 分頃におられる方のみ）を提供します。
- 送迎体験は、現在のところ行っておりません。ご家族様等をお願いします。
- 入浴体験は、現在のところ行っておりません。浴室の見学のみとなります。

### ● 体験（お試し）の際の持ち物

- ・ お薬（昼食時に飲まれている方）
- ・ 衣類着替え（紙パンツ・尿とりパッドを使用されている方などで心配な方）
- ・ 紙パンツ・尿とりパッド（使用されている方）各 2 枚程度

### ● デイサービスの体験（お試し）利用内容

- 午前（9:45～） ・デイルームにて、健康チェックによる体調の確認をし、頭の体操となるゲームなどをご利用者の方々と一緒に楽しんでいただきます。
- お風呂（見学のみ） ・申し訳ございませんが、体験（お試し）利用では、入浴については、対応しておりませんので、浴室の見学のみとなります。
- お食事（12:00～） ・個人の食事形態に合わせたお食事を召し上がっていただきます。（お粥、きざみ等の各種調理方法等に対応しておりますので、事前にお申出ください。）
- 午後（13:30～） ・レクリエーションとして、趣向を凝らした様々な催物をご用意し、ご利用者の方々と楽しく過ごしていただきます。（お昼寝可）
- ・午後 2 時 30 分頃からおやつを召し上がっていただき、午後 3 時に終了、ご帰宅となります。
- 帰宅（15:00～）

### ● お申込み

申込書にご記入の上、担当ケアマネジャー（介護支援専門員）またはデイサービス担当者あてにお申込みください。

### 【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】 0566-45-7315  
(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

〒472-0012 知立市ハツ田町泉43番地（知立市福祉の里ハツ田内） 担当：小林・峯村

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

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<br>事業所名 |  | ケアマネ様<br>氏 名 |  | 【電話】  | - | - |
|                |  |              |  | 【携帯】  | - | - |
|                |  |              |  | 【FAX】 | - | - |

|                |                                                                                                                                     |       |                 |   |              |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---|--------------|
| フリガナ           |                                                                                                                                     | 性 別   | 生 年 月 日 （ 年 齢 ） |   |              |
| ご利用者様<br>氏 名   |                                                                                                                                     | 男・女   | M・T・S           | 年 | 月 日<br>( 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<br>緊急連絡先 |                                                                                                                                     | 続柄( ) | 【電話】            | - | -            |
|                |                                                                                                                                     |       | 【携帯】            | - | -            |

|        |                                                                                                 |  |  |  |  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| ご希望日時  | 令和 年 月 日 ( ) : ~ :                                                                              |  |  |  |  |
| 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<br>【主食】 普通・粥・ミキサー 【副菜】 普通・一口大・きざみ・ミキサー<br>※ 昼食550円とおやつ代50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"/> 紙パンツ <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、<br>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）                                                                                                             |  |  |     |     |
| 入 浴               |                                                                                                                                                                                                   |  |  |     |     |
| 留意事項<br>・<br>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】 0566-45-7315

（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・峯村