

デイサービス体験申込書

申込日	年 月 日	体験の方は体験ご希望日	年 月 日
入浴	1. 希望する 2. 希望しない	時間	時頃 ~ 時頃まで
送迎	迎え 1. 要 2. 不要	送り	1. 要 2. 不要
※食事をまたぐ時間帯をご希望の方は昼食代金として600円頂戴いたします。当日ご持参下さい。			

ふりがな		性別	生年月日
利用者氏名		男 女	年 月 日 (満 歳)
住所	〒		
連絡先	電話番号	携帯電話	
要介護認定	1. 要支援 (1 ・ 2) 2. 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 3. 区変中 4. 申請中		
世帯	1. 同居世帯 2. 同居世帯 (日中ひとり) 3. 高齢者夫婦世帯 4. ひとり暮らし		

ご家族様情報

氏 名	続柄	住 所 (連 絡 先)	
	電話番号		
居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー名	
住 所			
電話番号		FAX番号	

身体状況

食事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全部介助	好き嫌い等
食事内容	主食 普通 ・ おかゆ ・ ペースト食 ・ 流動食	副食 普通 ・ 一口大 ・ きざみ ・ ミキサー
排泄	1. 自立 2. 一部介助 3. 全部介助 4. リハパン使用 5. おむつ使用	
入浴	1. 自立 2. 一部介助 3. 全部介助	認知症の状態 1. 無 2. 有 ()
移動	1. 自立 2. 一部介助 (杖・その他) 3. 全介助 (車椅子・その他)	意思疎通 1. 問題ない 2. やや困難 3. かなり困難 4. できない
服薬 (昼食時など)	1. 有 2. 無	義歯 1. 有 (上・下) 2. 無 部分入れ歯 部位
補聴器	1. 有 2. 無	その他特別な持ち物
主な既往症		主な現病
かかりつけの病院名		
主治医	電話 (— —)	

感染症	1. 有 2. 無	有の方 ()
食種区分	1. 普通食 2. 糖尿食 (kcal) 3. 腎臓食 4. 他 ()	
アレルギー	1. ある () 2. なし	
(備考) 趣味、興味をお持ちの内容や、出身地などご記入ください。 また、生活保護の方はこちらにご記入をお願いします。		



医療法人 毅峰会
 デイサービスみどり町

デイサービスみどり町

〒572-0022 大阪府寝屋川市緑町 47-9

TEL 072-837-3780