# デイサービスセンター　メドック東浦

## 【一日体験申込書】

体験希望日　　月　　日（　　）
送迎希望　　あり　・　なし
入浴希望　　あり　・　なし

＜申込者氏名＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＜生年月日＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿

＜住所＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜電話番号＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＜緊急連絡先＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜要介護度＞　　要支援　１　・　２　　経過的要介護
申請中　・　未申請　　要介護　１・２・３・４・５

＜病歴＞

| |
|---|
| |

＜生活状況＞
食事　……　自立　・　一部介助　・　全介助
排泄　……　自立　・　一部介助　・　全介助
更衣　……　自立　・　一部介助　・　全介助
移動　……　歩行(自立・一部介助)　・　杖歩行　・　シルバーカー　・　車椅子
意思疎通…　できる　・　時々できる　・　できない
＜食事内容＞　　普通食　・　お粥　・　キザミ
※アレルギーのある方はお知らせ下さい。　　ある　・　ない
但し、食費（５３３円）は実費負担にてお願いします。当日お持ち下さい。

| |
|---|
| |

**＜その他注意する点（過去に転倒、誤嚥等）がありましたらお知らせ下さい＞**

| |
|---|
| |

上記のとおりデイサービス一日体験を申し込みます。
メドック東浦　施設長様
平成　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

*ご不明な点がございましたらご連絡下さい。*

電話・ＦＡＸ番号　０５６２－８４－３０２２　担当：沖 義人・新美 陵