

半日体験利用申込書

体験希望日 令和 年 月 日 ()
AM : PM :

【ご利用者名】

ふりがな	性別	生年月日		介護区分
氏名	男・女	年	月 日	歳
住所	電話	()		

【緊急連絡先】

ふりがな	続柄	当日の同伴
氏名		あり・なし
連絡先	① ()	② ()

【ご利用者の状況について】

既往歴			
移動	独歩	杖	歩行器 手押し車 車椅子 ()
食べ物 飲み物	自立 一部介助 全介助		
	アレルギー	あり	なし ()
薬	あり	なし	(詳細をご記入下さい⇒)
排泄	自立	一部介助	全介助
認知症	あり	なし	
	(周辺症状)		

【移動・排泄他、持病等注意することや気になることがございましたらご記入ください】

--

【担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センター担当者】

事業所名			
氏名			
電話	FAX		

※上記の個人情報 は 目的以外での利用及び無断での第三者への開示は一切いたしません。
※発熱など体調不良時は体験中止となります(ご連絡ください)

デイサービス体験利用にあたり、体験者本人に体調などの異変があった場合、上記の緊急連絡先該当者が対応します。また、体験中不慮の事故が発生した場合、関係者に異議申し立てしないことに同意します。

令和 年 月 日 住所 氏名 印