

# デイサービスセンターきずな 体験申込書

申込み日 平成 年 月 日

|                                               |                         |        |                    |
|-----------------------------------------------|-------------------------|--------|--------------------|
| フリガナ                                          |                         |        |                    |
| 申込者<br>氏名                                     | (印)                     |        |                    |
| 生年月日                                          | 明治・大正・昭和                | 年      | 月 日 歳 男・女          |
| 住所                                            | (〒 - )                  |        |                    |
| 電話番号                                          |                         |        |                    |
| フリガナ                                          |                         | 本人との関係 |                    |
| ご家族の<br>氏名                                    |                         |        |                    |
| 住所                                            | (〒 - )                  |        |                    |
| 電話番号                                          |                         | 携帯電話   |                    |
| 家族緊急<br>連絡先                                   |                         |        |                    |
| ケアマネ<br>連絡先                                   | 担当                      |        |                    |
| 緊急時<br>連絡先                                    | 掛かりつけの医療機関名             |        |                    |
| 要介護度                                          | 要支援 1・2・                | 歩行状態   | 独歩・杖<br>手引き<br>車いす |
|                                               | 経過的要介護<br>要介護 1・2・3・4・5 |        |                    |
|                                               | 認知症 あり・なし               |        |                    |
| 体験<br>希望日                                     | 1, 平成 年 月 日             | 入浴希望   | 有・無                |
|                                               | 2, 平成 年 月 日             |        |                    |
| 内服薬                                           | 有・無 (内容)                |        |                    |
| その他                                           |                         |        |                    |
| ※介護・看護については、当施設職員の指示に従っていただきます。必要な指示に従わなかったり、 |                         |        |                    |
| ご自分の故意・過失により、事故等が起こった場合は、責任を負えないこともあります。      |                         |        |                    |