

お試しデイ利用申込書

氏名 性別			生年月日 (年齢)	大正・昭和	年	月	日
住所	西条市		介護支援 専門員	居宅支援事業所:			
TEL							
緊急 連絡先 1	氏名	続柄	緊急 連絡先 2	氏名	続柄		
	TEL:			TEL:			
主治医			主病名	内服薬 あり・なし			
要介護度	要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5・申請中						
身 体 状 況	項 目	該当する箇所に○		特 記 事 項			
	食 事	自立・一部介助・全介助		例)カロリー制限・アレルギー・粥・キザミ希望など			
	排 泄	自立・一部介助・全介助		例)リハビリパンツ・オムツの使用状況・失禁の頻度など			
	入 浴	自立・一部介助・全介助					
	移 動	自立・一部介助・全介助					
	認知症	自立・一部介助・全介助					
<備 考> *コロナワクチン接種状況: 回目(/)							

※ 利用料金は、別紙の通りになっております。利用当日に、利用料金をご持参ください。

利用申し込み：令和 年 月 日

利用者(代理者)氏名 _____ 印

済生会西条デイサービス事業所
生活相談員 妻鳥・近藤
TEL:55-5130

