

お試しデイ利用申込書

氏名 性別	男・女	生年月日 (年齢)	大正・昭和 年 月 日 (歳)
住 所	西条市	介護支援 専門員	居宅介護支援事業所:
	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		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・食事形態の希望など
	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	

※ 利用料金は、無料となっております。

利用申し込み：令和 年 月 日

利用者(代理者)氏名

【お問い合わせ】 済生会西条デイサービス事業所
生活相談員

携帯:080-7322-1973
代表:0897-55-5130

