

デイサービスセンターいと楽し 体験利用シート

受付番号		申込日	平成 年 月 日	体験希望日	月 日 ()	
利用者	ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
	氏名			年 月 日 (歳)		
	住所	〒 -			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	電話番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護		
	主傷病					
	留意事項					
	送迎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	入浴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
食事	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
主介護者	ふりがな			電話番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)	
	氏名					
住所	〒 -			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	続柄	
居宅	担当CM			事業所	TEL () FAX ()	
その他特記事項						
報告	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 居宅	後日連絡	月 日 ()	利用希望	<input type="checkbox"/> あり (月 日~) <input type="checkbox"/> なし	