

# 体験申込書

ご希望日

第一希望 年 月 日

第二希望 年 月 日

\* 送迎を希望する・希望しない

ふりがな		男・女	明治				
お名前			大正	年	月	日	生まれ
			昭和		(		歳)
現住所	〒 —						
電話	(ご自宅)	—	—				
	(緊急時)	—	—				
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						
病歴 (感染症など)							
食物アレルギー	無 ・ 有 ( )						
★車いす	使用している ・ 使用していない						
★入浴	希望する ・ 希望しない						
★お薬	持参する ・ 持参しない						
★車酔い	する ・ しない						
★同伴者	あり ・ なし お名前 ( )						
★その他	注意事項、希望することがございましたらお願い致します。						

※ 5日前までにお申し込み下さい。

事業所名 \_\_\_\_\_

担当ケアマネジャー \_\_\_\_\_



デイサービス オレンジ池田

池田市井口堂二丁目4番6号

Tel:072 - 760-0003

Fax:072 - 760-0303