

イチローデイサービス体験用紙

体験申込日 年 月 日 FAX:06-6947-0107
第一希望日 年 月 日 () 時 分
第二希望日 年 月 日 () 時 分
当日ご家族様同伴 有 無
車両乗車時注意事項 なし 車酔い・身体への負担:

紹介者:	利用者様との続柄:
住所:	(事業所)
電話番号:	FAX:

御利用者名: 連絡先:

年齢 歳 男・女 生年月日 年 月 日

介護度 要支援() 要介護() 申請中(更新中)

御利用者住所:

マンション名

状況 家族と同居 独居(家族は近隣・遠方)

サマリー 有 無

認知症 なし 軽度 重度(行動障害等)

障害高齢者の日常生活度(寝たきり度): 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知症高齢者の日常生活自立度: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

利用までの経緯

注意事項
