

TEL 06-6913-0018

明日を
もっと笑顔に!

FAX 06-6913-0017



イチローデイサービス つるみ・みどり



体験申し込み日	第一希望	年	月	日	/	第二希望	年	月	日
---------	------	---	---	---	---	------	---	---	---

ご利用者名： 男・女
 生年月日： 年 月 日 年齢 歳
 ご住所：
 マンション名：
 ご連絡先： F A X 番号：
 介護度：※ 要支援 () ・ 要介護 () ・ 申請中 (更新中)
 状況：※ 家族と同居 ・ 独居 (子供たちは近隣に・遠方に居住)
 認知症：※ なし ・ 軽度 ・ 重度 (行動障害等)
 身体状況：
 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
 特記事項
 食べられないもの：
 食物アレルギー：※ なし ・ あり ()
 食事の仕方：※ 普通食・刻み食・お粥 (全粥・七分粥・五分粥・三分粥)

当日ご家族の同伴 ※ あり ・ なし

車両乗車時注意事項 ※ なし・車酔い・身体への負担 ()

※該当する方に○をしてください

紹介者： (事業所)
 利用者との続柄：
 電話番号： F A X 番号：