

デイサービスセンターなでしこ苑 お試し利用申し込み書

ふりがな		性別	生年月日			介護区分
氏名	様	男 女	明治 年	大正 月	昭和 日 (歳)	要支援() 要介護()
住所					電話番号	
緊急連絡先	氏名	様	続柄			電話番号
	住所					携帯番号

病院名 ()	既往歴 現病	内服薬・点眼等
医師名 ()		
連絡先 ()	※ご本人様に告知されていない病名があれば○印をお願いします	※昼食前、食後に服用するものに○印をお願いします

ご利用希望日	年 月 日	食事	希望 不要	入浴	希望 不要
送迎	迎え(希望 不要) 送り(希望 不要)	その他希望			

移動	(独歩 杖 車椅子) 自立 見守り 一部介助 全介助 その他()					
食事	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助 その他()				
	主食	常食 軟飯 粥食 ミキサー食 とろみ(必要 不要)				
	副食	常食 一口大 刻み ミキサー食 とろみ(必要 不要)				
アレルギー	有 無		食べられない物			
			食べてはいけない物			
入浴	(一般浴 機械浴)		自立 見守り 一部介助 全介助			
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助(定期的なオムツ交換)					
認知症	無 有()					
感染症	無 有(肝炎 結核 MRSA(+ -) MDRP(+ -) CD(+ -) ESBL(+ -) 疥癬)					

担当ケアマネージャー様または地域包括センター担当者様

氏名		様	電話番号
事業所名			FAX

- 太枠内は必ずご記入頂きますようお願いいたします。ご記入に関して不明な点がございましたら当苑までご連絡下さい。
- お試しの際の利用料金は昼食費、おやつ、ドリンク代のみです。金額は直接、担当者にご確認下さい。
- ※利用料は利用当日、事務所にて清算し領収書を発行致します。
- 入浴をご希望される場合は着替え一式が必要となります。尚、持ち物には名前の記入をお願いします。
- お試し利用はお一人様一回限りとさせていただきますのでご了承下さい。
- ご記入がお済になりFAXにて送付して頂きますと申込完了です。24時間以内に担当者よりお電話させていただきます。

社会福祉法人 長寿会 なでしこ苑 TEL(0598)22-1815 FAX(0598)22-1816