

# デイサービス ワタシバ 体験申込書

申込日： / ( )

希望体験日 年 月 日 ( ) 提供時間 (5時間以上6時間未満 ・ 6時間以上7時間未満 ・ 7時間以上8時間未満)

フリガナ		性別	生年月日		要介護認定		
体験者名		男・女	M・T・S		要支援	1	2
			年 月 日 (満 歳)		要介護	1	2
住所	大阪府堺市						
電話番号		提供サービス		( 入浴 ・ 機能訓練 ・ 昼食 )			
緊急時連絡先氏名		電話番号				体験者との関係	
申込者氏名		電話番号				体験者との関係	
居宅支援事業所 (CM)				担当ケアマネージャー			
	(電話番号)			(FAX番号)			

【体験者のADL等について】該当する項目に○を付けて下さい。

移動	独歩 ・ 介助歩行 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車イス ( 自走 ・ 介助 )						
排泄	自立 ・ 要介助 ( 使用品：布パンツ ・ 紙パンツ ・ パッド ・ おむつ )						
コミュニケーション	問題なし ・ あいまい ・ 意思疎通不可 詳細：						
認知症	無 ・ 有 ( 症状： ) 日常生活自立度 ( I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M )						
食事形態	普通食 ・ 刻み食						
食事方法	自立 ( はし ・ スプーン ・ フォーク ・ エプロン ) ・ 要介助						
昼食時の薬	無 ・ 有 ( 服薬の管理：可 ・ 否 ) お薬情報：						
アレルギー・禁忌食材	無 ・ 有 ( 詳細 )						
麻痺	無 ・ 有 ( 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ 体幹 ) 詳細：						
既往歴	年	月	疾患名：				
	年	月	疾患名：				
	年	月	疾患名：				
	年	月	疾患名：				
	年	月	疾患名：				

利用目的(ご利用者・ご家族のご意向)

---

特記事項(趣味・嗜好・性格・その他注意点など)

---

体験当日ご準備  
いただくもの

バスタオル1枚、タオル2枚、着替え ( 必要な方 )、お薬 ( 必要な方 )、ビニール袋、室内用上履き。

**お食事無料**  
**デイサービス ワタシバ**  
 〒599-8273 堺市中区深井清水町4022-2  
 TEL 072-242-3990 FAX 072-242-3991



【無料体験について】  
 ○事前面談が必要な場合は日程を調整させていただきます。  
 ○送迎時刻は事前にご連絡いたします。