小規模デイサービスなかはな　体験利用申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日  （　　　　　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先 | 続柄（　　　　　） | 電話番号 |  |
| 携帯 |  |
| 要介護度 | □要支援（ １ ２ ）　□要介護（ １ ２ ３ ４ ５ ）　□申請中　□未申請 | | |
| 居宅介護  支援事業所 |  | 担当ケアマネジャー |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 食事 | □ 希望する　　　□ 希望しない  【主食】□ 普通　　□ おかゆ　　　【副食】□ 普通　　□ キザミ  【アレルギー】□ なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【動作】□ 自立　　□ 見守り　　□ 一部介助　　□ 全介助  【むせ】□ なし　　□ あり |
| 入浴 | * 希望しない　　□ 希望する（ 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ） |
| 服薬 | * なし　　　　　□ あり（ 食前 ・ 食間 ・ 食後 ） |
| 歩行 | * 自立　　□ 見守り　　□ 杖　　□ シルバーカー　　□ 車椅子   　□ その他（　　　　　　　　） |
| トイレ | * 自立 　□ 見守り　 □ 一部介助 　□ 全介助 |
| * おむつ □ パッド |
| 聴力 | □ 普通　　□ 聞こえにくい 　 □ ほとんど聞こえない  【補聴器】□ なし　　□ あり |
| 視力 | □ 普通　　□ 見えにくい　 □ ほとんど見えない  【眼鏡】□ なし　　□ あり |
| 感染症 | * なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 送迎 | □希望する　　　□ 希望しない |
| 留意事項・ご要望等 |  |

・体験デイサービスはお1人様１回とさせていただきます。

・ご利用料金はお食事代として８００円いただきます。

・日常生活において留意事項や医師の指示等がある場合は、必ず事前にお知らせください。

・提供時間は９時４５分から１５時１５分までとなります。送迎時間は事前に調整させていただきますが、早めの帰宅等、通常の送迎時間外は対応できない場合がありますので、その際はご家族様で対応をお願いいたします。

・体験デイサービスご利用時に、ご本人様の不注意等で事故が生じた場合は責任を負えないことがございますのでご了承下さい。

以上の内容で、体験利用を申し込みます。

　　　　　年　　　月　　　日

ご利用者様またはご家族様署名