

申込日 令和 年 月 日 ( )

ふりがな				性別	男 ・ 女
利用者氏名					
生年月日				年齢	歳
住 所				電話	
介護認定	生きがい 要支援 ( 1 2 )		要介護 ( 1 2 3 4 5 )		申請中
かかりつけ医					
既往歴	①		②		③
認知症	なし・年相応・あり (症状: )				
入浴	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない		
食事	主食: ごはん・お粥		主菜: 普通・一口大・刻み		お箸・スプーン
移動	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子				
送迎	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない		
緊急連絡先	ふりがな				続柄
	氏名				
	住所				
	電話番号				
	ふりがな				続柄
	氏名				
	住所				
	電話番号				

体験利用日	令和 年 月 日 ( )
-------	--------------

体験利用中の事故等については、職員の誘導に従って頂けなかった場合等 当事業所では負えない場合がございます。

緊急時の対応は、主治医への連絡を行うなどの必要な措置を行わせていただきます。同時に、申込者、緊急連絡先に報告させていただきます。

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_

<代筆者> 私は、利用者本人の申し込みの意思を確認の上、本人に代わり上記証明を行いました。

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住所 \_\_\_\_\_

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

備考 \_\_\_\_\_