

# デイサービス体験ご予約表

平成 年 月 日

ふりがな		男 女	明治	年 月 日		
ご利用者氏名			大正 昭和			
ご住所	〒 高石市			TEL		
ふりがな						続 柄
緊急連絡先氏名	TEL					
要介護度	要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5					
食 事	動作	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	
	主食	米食・おかゆ・流動食・パン			尿意 (有・無)	便意 (有・無)
	副食	普通・刻み・ミキサー食			昼	トイレ・Pトイレ・オムツ
	アレルギー	(有・無)			夜	トイレ・Pトイレ・オムツ
移 動	歩行	自立・何かにつかまれば出来る・出来ない		特記		
		杖・歩行器				
	車椅子	移乗				
操作						
既往症						

## \*ご予約日

日時	月 日 ( ) AM	PM			
食事	有 ・ 無	送迎	必要 ・ 不要		
薬					
留意事項					

## \*居宅介護支援事業者名

事業者名		ご担当者			
所在地	〒		TEL FAX		