

社会福祉法人 正心会 テイサービス美晴らしの里

□見学 □体験 申込書

平成 年 月 日

※必要事項および□にチェック(✓)または該当項目に○印をご記入ください。

居宅介護支援 事業所名	担当者名	【電話】
		【携帯】
		【FAX】

フリガナ	性別	生年月日(年齢)
ご利用者様 氏名	男・女	M・T・S 年 月 日 (歳)
介護度	事業対象者 要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5	
ご住所	〒 -	【電話】
		【携帯】
ご家族又は緊 急連絡先	続柄()	【電話】
		【携帯】

ご希望日時	平成 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前9:00~12:05 <input type="checkbox"/> 午後13:15~16:20
来所される方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名: 続柄:) <input type="checkbox"/> ケアマネ	

※以下、体験利用をご希望の場合のみご記入ください。(見学のみの場合は記入不要)

歩行	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パッド		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡		
認知症	有・無	持ち帰り弁当(一食500円)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
送迎	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
入浴	※体験での入浴は対応しておりません。(見学は可能です)		
既往歴		現病歴	
備考			

※お手数ですが、必要事項等ご記入の上、下記あてにお申込み(FAX可)くださるようお願いいたします。

【申込み先・問合せ先】 担当:生活相談員 坂巻 幸恵

【受付時間】9:00~17:00 【入浴日】水・土※人数制限有り 【電話】04-7157-2262

【サービス提供時間】午前9:00~12:05 午後13:15~16:20 【FAX】04-7141-8833

【休業日】日・祝・年末年始(12/30~1/3) 【持ち帰り弁当】1食500円(税込み)



返信用FAX番号 04-7141-8833

