

# ❀ デイサービスほーぷ 無料体験申込書

事業所番号

2776400976

お申込日

年

月

日

ご利用希望日	年 月 日 ~ 年 月 日		
曜日希望	限定無し・月・火・水・木・金・土	介護度	要介護 要支援
ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和	性別
利用者様氏名		年 月 日( 歳)	男・女
ご住所	〒 - TEL( ) -		
緊急連絡先	氏名	続柄( )	TEL( ) -
主治医	医療機関名		所在地
	医師名	TEL( ) -	
病歴	現疾患名		・アレルギー(有・無) *有の場合 ・食品( ) ・薬( ) ・その他( )
	傷病名	既往年齢	・通常体温 °C ・通常血圧 / mmHg ・通常脈拍 P
服薬状況	服用薬(有・無)	昼食時服用薬(食前・食後・無)	
	外用薬(有・無)	外用薬使用部分( )	
	ご自身での服薬管理(可・不可)		
日常生活について	歩行	1. 一人できる 2. 杖(歩行器) 3. 車いす 4. できない	
	食事	1. 一人できる(箸・スプーン) 2. 介助が必要	
	排泄	1. 一人できる 2. 一部介助 3. 全介助	
	入浴	1. 一人できる 2. 一部介助 3. 全介助	
	認知症	1. 無 2. 少し有 3. 有	
機能訓練について	禁忌事項	(有・無)*有の場合(	
ご希望されるサービス内容	送迎	1. 往復送迎 2. 片道送迎(行き・帰り) 3. 希望しない	
	食事	1. 普通食 2. その他(具体的に	
その他ご希望・留意点			
居宅事業所名	TEL	FAX	

<当日のお持物>

歯ブラシ

お薬(昼の服用薬、外用薬)

上靴

昼食代 600円(おやつなしの場合は550円です)

受付日

年

月

日

受付担当者

《お気軽にお問い合わせください》

デイサービス ほーぷ

住所:堺市南区竹城台3丁4番3号

担当 石川

TEL: 072-289-5540 FAX: 072-289-5881