

ご見学・体験申込書

体験・見学ご希望日	月 日 ()				
居宅介護支援事業者名					
担当ケアマネジャー	様				
電話番号	—	—	FAX番号	—	—
お客様基本情報					
フリガナ					
お客様氏名	様				
性別	男性・女性		年齢	歳	
住所	〒 —				
電話番号	—	—	(様方)		
緊急連絡先	—	—	(様方)		
要介護度	要支援・要介護	1	2	3	4 5
現 症	主病				
	既往歴				
服 薬	無・有	[昼食時服薬の種類]			
感染症	無・有	[感染症の種類]			
食事形態	主食	米飯	お粥		
	主菜	常菜	一口大	刻み	
食事制限	カロリー制限	無・有			
	塩分制限	無・有			
禁止食品	食品アレルギー	無・有			
	服薬による禁止	無・有			
食器具	箸	スプーン		フォーク	
家族様の食事	家族様付添時の食事	必要・不要			
体験時の送迎	無・有				
体験日前の面談	可能・不可				
体験時の入浴	無・有	入浴方法は体調や健康状態によってこちらで選択させていただきます。 場合がございます。			
ご希望入浴	一般個浴 介護特浴槽				
留意事項					

ご記入ありがとうございました。大変お手数ですが、ファックスにて下記までご返信ください。

ベリースパgadoデイトレーニングセンター (TEL: 072-334-1600)

ご返信FAX

072-334-1610

体験時にお持ちいただくもの

上履き（動きやすいかかとのある室内履きをご用意いたします）※スリッパはご遠慮下さい	<input type="checkbox"/>
歯磨きセット（歯磨き、うがいなどの口腔ケアのためにお持ちください）	<input type="checkbox"/>
お薬（服用されているもの）	<input type="checkbox"/>
爪切り、電気シェーバー、ヘアブラシなど ※使用される方のみ	<input type="checkbox"/>
移動に必要な補助具（車椅子、杖など）	<input type="checkbox"/>
パッド類 ※使用される方は必要枚数をお持ちください	<input type="checkbox"/>
入浴サービスをご利用の方	
バスタオル（1枚）※車椅子の方は2枚お持ち下さい	<input type="checkbox"/>
フェイスタオル（2枚）	<input type="checkbox"/>
体を洗うボディスポンジまたはタオル	<input type="checkbox"/>
着替え	<input type="checkbox"/>

【体験利用料金】

ご体験者様 : 無料

付添者様（ご家族等）: 昼食代500円