

## ご見学・体験申込書

ご希望見学日	月 日 ( )	ご体験はAM10:00~PM:14:00となっております	
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
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			
ご希望入浴	一般浴	機械浴	入浴方法はこちらで判断させていただく場合がございます。	
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。

ペリー松原デイトレーニングセンター (TEL: 072-333-1500)

ご返信FAX

072-333-1510

## 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"/>
<b>入浴サービスをご利用の方</b>	
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