

施設見学・無料体験申込書

見学希望日 年 月 日

フリガナ 利用者氏名								男	生年月日 年 月 日		
〒 住所											
被保険者番号								要介護度	事業対象者	1	
連絡先											
氏名								関係:			
住所											
TEL①						TEL②					
介護支援事業所								事業所番号			
住所								TEL			
ケアマネージャー								FAX			
日常生活自立度(ADL)						既往症					
麻痺 (有・無)						現在の病気と病状					
他											
移動 自立・介助・杖・車椅子						かかりつけ医					
他											
排泄 自立・介助 失禁(有・無)						主な内服薬					
他											
聴力 補聴器(有・無)						御利用希望日または不可日					
他											
認知症(有・無)						ご本人様の要望					
他											
今の日常の過ごし方											
その他											