

ソルメゾン デイサービス無料体験申込書

下記の通りデイサービス無料体験を申し込みます。

希望体験日： _____ / _____ ()

(フリガナ)

体験者氏名： _____

要介護認定： 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

性別： 男 ・ 女

生年月日： M ・ T ・ S ・ H 年 月 日 歳

住所： _____

電話番号： _____

現在通院中の疾患： _____

体験を希望される理由

申込者氏名： _____ 体験者との関係： _____

緊急時連絡先 (携帯電話)： _____

自宅電話： _____

担当 CM： _____ 事業所名： _____

【無料体験について】

- ・ 体験時間：11：00 ご自宅へお迎え、15：15 (おやつ後) ソルメゾン出発
- ・ 体験内容：参加当日のプログラム体験、機械リハ体験、イベント鑑賞
※昼食付 (同行のご家族のお食事をご用意できます。)
- ・ 無料体験時の入浴はありません。浴室の見学は可能です。

【体験者のADL等について】

- 歩行：独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車イス
- 排泄：自立・要介助 (使用品：布パンツ・紙パンツ・パッド・おむつ)
- コミュニケーション：問題なし・あいまい・意思疎通不可
(特記 _____)

- 食事形態：普通食・減塩食
 - ・ 主食：米飯・軟飯・全粥・ミキサー粥
 - ・ 副食：形・キザミ・極キザミ・ミキサー
 - ・ トロミ：有・無

※使用アイテム：はし・スプーン・フォーク・エプロン

※アレルギー：有 (_____) ・ 無

※義歯：有 (上・下) ・ 無

※昼食後薬：有・無

- ご家族の同行：有 (同行者：続柄 _____ ・ _____ 名) ・ 無

その他注意点・備考

【お申込み時の注意事項】

- 1 対象者は要支援1以上の方で、かつ特別な医療行為が必要でない方に限らせていただきます。
- 2 無料体験利用中に起こった当施設に起因しない転倒事故等に関しては、保証いたしかねますのでご了承ください。
- 3 お申し込み後、キャンセル、または遅刻される場合は前日までに下記へご連絡ください。

介護老人福祉施設 ソルメゾン

TEL：072-288-2008 FAX：072-288-2007

受付者：ソルメゾン 申込日： _____ / _____ ()