

デイサービスセンター一年輪 体験利用申し込み

利用料金は無料になります

利用日 令和 年 月 日 ()

氏名 介護度 年齢

住所

電話番号

家族氏名

緊急連絡先

事業所
担当ケアマネ
TEL
FAX

歩行 車椅子

食事・アレルギー等
(糖尿病 あり・なし 食事制限など)

入浴：する 一般浴 リフト浴 しない

注意確認事項：

認知症：有 無

BPSD：

注意事項：

その他、注意事項など何かあればご記入ください