

# 海光園デイサービス体験申し込み

記入日 年 月 日

事業所名 : 担当ケアマネジャー : 連絡先 \_\_\_\_\_

利用希望日 : 年 月 日 曜日

名前 : \_\_\_\_\_ 様

生年月日 : 年 月 日生 歳

住所 : 静岡県 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

要介護( )・総合事業(要支援 )・更新申請中

## 利用者情報 (当てはまる箇所に○してください)

\* 内服 : 昼内服薬 有 ・ 無

\* 食事形態 : 主食( 常食・軟常・粥・ミキサー ) / 副食( 常食・キザミ・ミキサー )

\* 禁食【アレルギーなど】: 無 ・ 有( )

\* 飲み物 : トロミ ( 有 ・ 無 )

\* 食事介助 : 無 ・ 有 ( 半介助 ・ 全介助 )

\* 身体機能 : 独歩 ・ 杖 ・ 車椅子 ・ 歩行器 / 歩行介助 必要 ・ 見守り

\* トイレ 自立 ・ 介助 (パッド ・ オムツ )

\* 視力 : 良 ・ 悪 ( ) 聴力 : 良 ・ 悪 ( ) 補聴器 有 ・ 無

## \*特記事項

ご見学は随時受け付けております。

※体験では入浴サービスはありません。

受付日 : 年 月 日

受付担当 \_\_\_\_\_

静岡県熱海市上多賀1016-10

社会福祉法人 海光会 通所介護事業所

海光園TEL : 0557-67-1971 FAX : 0557-67-2000

担当者 杉山衣里 横田洋人