

デイサービスすみれ無料体験申込書

ご希望日	年 月 日 ()	: ~ :	
生年月日		男・女	介護度
氏名	フリガナ 氏名 様		男・女
住所	〒		
お電話番号	体験者様	ケアマネジャー様	
ご希望サービス	入浴・足湯・食事・リハビリ・おやつ・マッサージ		
当デイサービスをどちら らでお知りいただきま したか？	①ホームページ ②通りがかり ③紹介(どちら様ですか？) ④FAXキャンペーンのお知らせ ⑤その他()		
お迎え待ち合わせ場所			
日常生活自立度	障害高齢者(自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知症高齢者(自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)		
歩行状態	自立歩行・歩行介助・歩行器・車椅子・その他()		
服薬	無・有(昼食前・昼食後)		
特記事項			
すみれ担当者記載箇所	担当者名		前日連絡 有・無
	ご自宅着時間 :		
Faxは送付状不要でございます		Tel:06-6777-2577 Fax:050-3588-1851	