

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			要支援「 」 要介護「 」			
氏名	フリガナ 氏名 様			男性・女性		
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					
当デイサービスをどち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			