

デイサービス かもめの家

体験申込書

年 月 日

利用者 情報	フリガナ				
	氏名			介護度	
	性別	男・女	生年月日	年	月 日
	住所	〒			
	連絡先				
	緊急 連絡先	氏名() 続柄() 住所(〒)(TEL()			
事業所名			TEL()		
CM名			FAX()		

希望日	月・火・水・木・金	入浴	有・無
歩行状況	独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 手引き歩行 ・ 車いす		
既往歴	服薬		
聴力	聞こえる ・ 聞こえにくい ・ 補聴器	眼鏡	有・無
口腔衛生	自歯 ・ 義歯(上 ・ 下)	嚥下困難	有・無
食事形態	普通食 ・ きざみ食 ・ ミキサー食 ・ 流動食		
カロリー計算	無 ・ 有	calまで	
水分量制限	無 ・ 有	ccまで	
塩分量制限	無 ・ 有	gまで	
アレルギー	無 ・ 有 ()		
禁止物	無 ・ 有 ()		
好きなもの			
嫌いなもの			

TEL 072-963-0605 ・ FAX 072-963-7272