

デイケア無料体験ご利用申込書

平成 年 月 日

体験希望日時	平成 年 月 日()				午前 午後	時から	午前 午後	時まで
氏名				男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日(歳)	
住所	〒				電話	()	-	
要介護度	申請中 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5							
ご利用サービス	送迎(迎え・送り)		入浴		食事		パワーリハビリ	
居宅ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名:				担当者:			
	住所:				電話:			
診断名								
既往歴								
連絡先	氏名: 続柄()							
	住所:				電話:			
備考								

※ご持参していただくもの

介護保険証・薬・おむつ(使用されている方のみ)

入浴される方:バスタオル・タオル・着替え

その他、ご自分の車イスや歩行器等をお持ちの方は、

ご持参ください。

〒812-0041 福岡市博多区吉塚7丁目6番40号

医療法人相生会 介護老人保健施設 光

TEL(092)629-1631 FAX(092)629-1635

HP <http://www.yoshizuka-hikari.jp>