

# デイサービス胡蝶の夢

## 【相談・見学・体験・利用】申込書

申込日	令和 年 月 日				
申込内容	相談・予約・利用申込・体験利用（全日・半日・食事付き・食事なし）				
フリガナ				性別	
ご利用者氏名	様			男・女	
生年月日	T・S	年	月	日	（ 歳）
ご利用者住所				電話	
要介護度	要支援	1	2	要介護	1 2 3 4 5 区変中 申請中
相談内容 (利用者内容等)					
ADL	移動	自立・室内は自立・一部介助（ ）			
		福祉用具：杖・歩行器・シルバーカー・車椅子			
	送迎	ワゴン車・車椅子対応車			
	食事	常食・制限食（ ）アレルギー（ ）			
		形態	（主）米類・おかゆ （副）常菜・一口大・刻み		
排泄	自立・一部介助・全介助・オムツ使用(紙パンツ・パット・オムツ)				
現在加療中の病名					
既往歴					
かかりつけ	病院名		主治医		電話
緊急連絡先	氏名	様			続柄
	住所				電話
体験・見学 予約	体験希望日	令和	年	月	日 時頃

★食事代無料★

事業所事業所名		事業所番号	
担当者名		電話	
		FAX	

デイサービス胡蝶の夢 事業所番号：2893100210

電話番号：072-792-5510 FAX：072-792-5513

住所：兵庫県川西市向陽台1丁目6-39 担当：西山