

# デイケア フェニックス 一日体験 申込書

氏名	ふりがな  様	男・女	明治・大正・昭和  年 月 日 歳
住所	〒 -	TEL	( )
緊急連絡先	氏名  様  TEL	(続柄)	要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 未申請

体験希望日	月 日 午前 / 午後 ご家族の同伴 有 ・ 無
-------	-----------------------------

身体状況	歩行	ひとりで歩ける ・ 見守りが必要 ・ 介助が必要 使用器具 ( 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 )
	排泄	ひとりで出来る ・ 見守りが必要 ・ 介助が必要

持病はありますか？	かかりつけ医療機関 無 ・ 有 ( 病院・医院)
-----------	--------------------------

ご質問ご要望がありましたらご記入ください。	
-----------------------	--

担当の居宅事業所名		TEL	
ケアマネジャー様のお名前		FAX	

★当日は上履き・タオルをご持参ください。  
 その他、ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

医療法人守人会 塚田内科デイケア フェニックス  
 〒590-0946  
 堺市堺区熊野町東3丁1-27  
 TEL: 072-242-7920  
 FAX: 072-242-7921