



「1日体験」申込書

ハートフルデイケア知多の1日体験に申し込みます。
尚、体験中のトラブルについては責任を問いません。

申込日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

本人氏名

家族氏名

利用者様について（ご本人さま・ご家族さまの記入が困難な場合は、ケアマネジャー・相談員による記入代行も可です）

生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	（	才）
介護度	なし	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			
緊急連絡先	フリガナ					利用者様との続柄
	氏名					（
	電話番号：（	）	—			
送迎	ご家族様	・	施設（有料）			
服薬	昼食後のお薬、点眼	有	・	無		
気をつけてほしいこと	（例）痛み、血圧、心負荷の有無					

担当ケアマネジャー、地域包括センターについて

担当者氏名	<input type="text"/>
事業所名	<input type="text"/>

〔1日体験時に、持参いただく物〕

- ・室内で履く室内履き
- ・ご利用料金、食事代（700円）、入浴代（500円）、送迎代（500円）
- ・昼食後の内服薬・点眼薬（ある方のみ）※お薬手帳または薬剤情報もご持参ください
- ・入浴をご希望の方は、着替え・保湿剤など

体験日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 受付印（ ____ ）