



医療法人 双樹会

ハートフルデイケア知多



「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 (自筆の場合は印不要)

_____ (印)

家族氏名 (自筆の場合は印不要)

_____ (印)

利用者様について

| | |
|------------|-----------------------------|
| 緊急連絡先 | フリガナ |
| | 氏名 _____ 利用者様との続柄 () |
| | 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 | _____ |
| 事業所名 | _____ |

[1日体験時に、持参いただく物]

- ・ 室内で履く室内履き
- ・ 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
- ・ ご利用料金、食事代など
- ・ 入浴をご希望の方は、着替え・保湿剤など

◎今後の参考のため、利用後の感想を担当のケアマネジャーさんにお話してください。

体験日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 受付印()