



# 希望の家 宛

FAX:050-3737-1820

## 無料体験申込書

平成 年 月 日



利用者	被保険者番号			
	フリガナ		フリガナ	
	氏名	ご家族様氏名		
	住所	〒	電話番号	
	電話番号	※体験の日時が決まりましたらご連絡させていただきます。		
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 ( 歳) 性別 男 女		
	認定結果	要介護 1 2 3 4 5 申請中 (申請日 年 月 日) 区分変更中 (申請日 年 月 日)		
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		

無料体験について	体験希望日	月 日 ( )		
	同伴者	有 ( )	無	不明
	感染症	有 ( )	無	不明
	麻痺	有 ( )	無	不明
	病名		お薬	昼食前 有 無 昼食後 有 無
	歩行状態	自立 車椅子	入浴	有 無
	特記事項(性格・制限食・生活保護・減免などございましたら併せてご記入お願い申し上げます)			

居宅介護支援事業所	事業社名			
	事業所番号			
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	
	担当ケアマネージャー			
	※医療情報の提供について 医療情報の開示 可 否			

弊社記入欄	体験日の送迎時間	迎	送
	食事制限	義歯 有 無	食事形態(主食) 普 軟 粥 (副) 普 一口大 刻 ミキサー (トロミ) 有 無 (固い物) 可 不可
	禁忌 食べ物		
	好きな食べ物		
	嫌いな食べ物		
	趣味		

名称:希望の家  
住所:福岡市博多区南八幡町1-1-12  
電話:092-558-8829