



Almo
DAY SERVICE

デイサービスアルモ

見学・体験申込書

記載日

令和 年 月 日

ご利用者様	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	利用者氏名		男 ・ 女	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
	住所	〒 —			
	TEL		介護度	申請中 ・ 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	世帯状況	単身 ・ 夫婦世帯 ・ 子供と同居 ・ その他 ()			
連絡先	氏名		利用者様との関係：		
	住所		TEL		
ご依頼内容	ご希望日（第3希望まで）		希望時間帯		
	第1希望	月 日	～		
	第2希望	月 日	～		
	第3希望	月 日	～		
	ご同伴（家族様）	あり ・ なし	車送迎	希望 ・ 希望しない	
	ご同伴(ケアマネ様)	あり ・ なし	送迎人数	名 *ご希望に添えない場合がございます	
	移動能力（屋内）	独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器歩行 ・ 車椅子			
	移動能力（屋外）	独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器歩行 ・ 車椅子			
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	使用物品	布パンツ ・ リハビリパンツ ・ オムツ（パット使用 有・無）	
	現病歴		既往歴		
	医療的処置	無 ・ 有（バルーンカテーテル・ストーマ・胃ろう・インスリン・在宅酸素・その他（ ））			
	認知症状	無 ・ 有（不穏・暴言・暴力・異食・無気力・その他（ ））			
その他 ご希望・連絡事項等					
事業者	事業所名		担当 CM		
	TEL		FAX		

リハビリデイサービスアルモ

〒531-0071 大阪市北区中津6-8-33

事業所番号：2794100178

TEL 06-6486-9808

FAX 06-6486-9809