

大今里ふれあいクリニックデイケアセンター 行

無料

FAX 06-6972-0881

御見学 依頼書

ふりがな	年齢	要支援・要介護状態区分
お客様氏名	様	歳 要支援 要介護
住所	〒 — —	
電話番号	— —	連絡取れない曜日及び時間
介護者氏名	(続柄 :)	
電話番号	—	
送迎の有無	(有・無) 送迎車輛…普通車・車椅子乗車	
疾患(病歴)		
留意事項 (自宅での様子)	(移動・入浴・排泄・食事方法など)	
御利用希望日	第1希望 月 日 曜日 (付き添い 有・無) 第2 / () 第3 / () 付添い者氏名:	

介護支援事業所	事業所番号
御連絡先 TEL — FAX —	ケアマネジャー 氏名

【体験スケジュール】 10:30ご自宅お迎え
12:00昼食
13:00頃帰宅

【服装・持ち物】
動きやすい服装、靴をお願いします。
体験時間内の服薬があれば、お薬をお持ち下さい。

尚、体験当日は入浴サービスは行っていませんので、ご了承お願い致します。

医療法人 快生会 大今里ふれあいクリニックデイケアセンター
〒537-0013 大阪市東成区大今里南1丁目3-1

TEL: 06-6978-0165

FAX: 06-6972-0881