

デイセンター健祥会マヌエル 体験申込書

体験希望日・時間帯	平成 年 月 日()			午前 / 午後
ふいかな		性別	生年月日	
お名前		男 / 女	M T S	年 月 日
ご住所	大阪市		お電話番号	06- -
同伴者	あり/なし	ご本人様との関係	お電話番号	06- -
介護度				
既往歴				
服薬				
身体状況	麻痺	あり (右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 体幹) ・ なし		
	拘縮	あり (部位) ・ なし		
	歩行	自立 一部介助 全介助 ※使用器具()		
	立ち上がり	自立 一部介助 全介助		
	立位	自立 一部介助 全介助		
	片足立位	自立 一部介助 全介助		
	座位	自立 一部介助 全介助		
	排泄	自立 一部介助 全介助		
その他	視覚障害 聴覚障害 言語障害			
特記事項				

居宅事業所		電話	
ご担当CM		FAX	

デイセンターマヌエル 担当: 笠本 電話 06-6613-7777 FAX 06-6616-2222