

# ご見学（ご体験）申込書

※半日体験コースもあります。ご相談下さい。

平成 年 月 日  
**mikuri**サービス  
 TEL : 026-214-9036

27年6月以降、電話番号は **026-405-7824** に変更になります

ご利用者	フリガナ ご氏名		生年月日 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)				
	ご住所 〒		電話番号(自宅) - - - -				
当日の緊急 連絡先	氏名 続柄 ( )		電話番号(自宅・携帯) - - - -				
	氏名 続柄 ( )		電話番号(自宅・携帯) - - - -				
要介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5				
見学体験希望日		第1希望	第2希望	第3希望			
ご希望の日時をご記入下さい。 基本の見学体験はお迎えから お送りまで約2時間程度です。	日程						
	時間	頃お迎え	時頃お迎え	時頃お迎え			
現病・既往歴など							
現在の状況							
視力	【左・右】		【支障あり・なし】				
聴力	【左・右】		【支障あり・なし】				
言語	【可・少し不自由・不自由・不可】			【構音障害・失語症】			
話の理解	【可・なんとか可・不可】						
認知症	【重度・中等度・軽度・なし】						
高次脳機能	【失認・失行】						
義歯	【上のみ・下のみ・全・なし】						
睡眠	【良好・普通・不良】			眠剤【有・無】			
麻痺	【有・無】						
拘縮	【有・無】						
移動	室内：	【自立・一部介助・全介助】					
	屋外：	【自立・一部介助・全介助】					
食事	【自立・一部介助・全介助】			糖尿病	【有・無】		
トイレ	【自立・一部介助・全介助】						
感染症	【有・無】						
その他・特記事項等							
ご利用希望曜日	送迎		月	火	水	木	金
希望のタイプ・曜日に○を お願い致します	有り	午前					
	無し	午後					
その他要望等							
貴事業所名							TEL : - -
ご担当者様							FAX : - -

FAX番号 : **026-214-9073**

27年6月1日以降はFAX番号が **026-477-7528** に変更となります。