

ぽれぽれ四条大路リハサロン  
体験利用申込書

|   |        |     |           |             |
|---|--------|-----|-----------|-------------|
| 氏名  |        | 男・女 | 生年月日      | 年 月 日 ( 歳 ) |
| 住所  |        |     | 電話番号      |             |
| 介護者   |        |     | 連絡先       |             |
| 体験利用<br>要望事項  | ご利用希望日 |     | 年 月 日 ( ) |             |
|   | ご利用希時間 |     | 時 分 ~ 時 分 |             |
| 紹介者   |        |     | 連絡先       |             |
| 体験利用にあたり次の事項を誓約します<br>・貴重品は、持ち込みしません<br>・体験利用中の自損行為による過失（施設側の過失を除く）についての異議を申し立てません<br>※自署<br>年 月 日 住所<br>氏名 |        |     |           |             |

[ 追加記載項目 ] 差し支えなければご記入ください

|             |                  |   |     |  |
|-------------|------------------|---|-----|--|
| 介護度         | 要支援 ( ) ・要介護 ( ) | 認知症   |     |  |
| 病院          |                  |   | 主治医 |  |
| ご利用者の<br>状態 | 歩行状態             | 自立・見守り・一部介助・全介助／杖・歩行器・車いす<br>備考 ( )           |     |  |
|             | 排泄               | 自立・見守り・一部介助・全介助／尿意（あり・なし）／便意（あり・なし）<br>備考 ( ) |     |  |
|             | 食事               | 自立・一部介助・全介助<br>嚥下状態 ( )<br>アレルギー・好き嫌い ( )     |     |  |
|             | 現在の<br>疾病        |   |     |  |
|             | 特記事項             |   |     |  |

[ 注意事項 ]

- 送迎が必要な場合は、ご相談ください
- 昼食を無料でご提供いたします

○お問い合わせ



ぽれぽれ四条大路リハサロン/ぽれぽれ四条大路デイサービス

奈良市四条大路2丁目860-1  
TEL 0742-30-5319 FAX 0742-30-5315

※『体験利用申込書』に記載された個人情報は、目的以外での利用および無断での第三者への開示は  
いたしません