グループホームミライエ体験申込書　記入日　　年　　月　　日
ミライエ茄子作４丁目

ふりがな		男・女	生年月日	昭和 平成
名前				
住所	〒			
連絡先	自宅（　　）　　携帯（　　）			
認定度	区分　　１・２・３・４・５・６			

		名前	続柄	住所（連絡先）
家族	1			TEL（　　）
	2			TEL（　　）
	3			TEL（　　）
	4			TEL（　　）
	5			TEL（　　）
	6			TEL（　　）

入居者様の状況

体験希望事業所	□グループホームミライエ　□ミライエ茄子作４丁目　□両方の事業所
日中の活動場所	名前　　住所　　Tel
主な疾患	有　（名前　　）　無
かかりつけ医	病院名　　主治医　　Tel(　)
服薬管理	自立　・　要確認　・　全介助　　その他（　　）
入浴	自立　・　見守り　・　一部介助　・全介助　その他（　　）
排泄	自立　・　要確認　・　一部介助　・全介助　その他（　　）
移動	自立　・　見守り　・　一部介助　・全介助　その他（　　）
意思疎通	問題なし・　やや困難　・　かなり困難・　できない
アレルギー	有（何に対して　　）・無

Fax 番号

06－6933－8541 へ送ってください。