

# 【見学・体験シート】

体験日： 来所者： 本人 家族（ ） CM

お迎え時間：

氏名		様	住所	〒	
電話			担当居宅	事業所名：	
生年月日	年 月 日 ( )			担当CM：	
介護度	支援 ( ) 介護 ( ) 申請中			電話：	
ご家族情報	① 様 (続柄： )		電話：		
	② 様 (続柄： )		電話：		
生活	独居 同居 ( )	病歴		服薬状況	
通所目的				視力：右 左	
				聴力：右 左	
				言語： 義歯：	
注意点	アレルギー： 禁忌事項： 注意事項：				
体験内容	体験内容： RH BC FC 担当スタッフ： 疼痛箇所： 浮腫箇所： その他：				
希望曜日	月 火 水 木 金 土 AM PM				
備考					

担当相談員：