

# デイサービス1日体験利用してみませんか

デイサービスセンター共楽園では、デイサービス1日体験利用を行っています。  
初めてデイサービスを利用する方には、デイサービスに行くという抵抗や利用することに不安等があり、デイサービス利用までに時間のかかるケースが多いと思います。

当事業所では、体験利用をご希望される方々の受け入れを随時行っています。  
体験利用をご希望の方は、デイサービス1日体験利用申込用書に必要事項をご記入の上お申し込みください。なお、体験利用の日程につきましては、利用定員25名内でのご利用となりますので、申し込み時には詳細を相談させていただくこととなります。

## ☆1日体験利用とは？

- ・デイサービスで1日過ごしていただき送迎、食事、行事を体験し、雰囲気を感じていただきます。

(※入浴は体験することはできませんが、入浴設備の見学はできます。)

- ・お1人様につき1回とさせていただきます

## ☆1日体験利用をできる方

- ・現在、要支援・要介護認定をすでに受けておられる方
- ・認定申請を市町村に提出されておられる方

## ☆体験時間

- ・9時00分～16時15分の間で相談に応じさせていただきます。

## ☆持ち物

- ・昼食時の内服薬
- ・当事業所でスリッパは用意していますが、歩行に支障がある場合はかかとのある上履きをご持参ください。

## ☆体験費用

- ・500円（お食事・おやつ代）

## ☆1日の流れ

- |         |   |
|---------|---|
| ～9時00分  | 迎  え  |
| 9時15分～  | バイタルチェック（血圧・体温・脈・体重）  |
|         | 接  茶  |
| 9時30分～  | 入  浴  |
|         | アクティビティ（カラオケ・ちぎり絵・塗絵 等）   |
|         | 生活相談  |
| 11時30分～ | 口腔体操  |
| 11時50分～ | 昼  食  |
|         | 静  養  |
| 13時45分～ | おやつ   |
| 14時15分～ | レクリエーション（機能訓練等）、カラオケ、創作活動、外出行事（気候の良い時に季節の花観賞や秋には毎年1日遠足を企画しています） |
| 16時15分～ | 送  り  |

社会福祉法人 伊予三島福祉施設協会  
四国中央市寒川町1792番地2  
デイサービスセンター共楽園

ご不明な点がございましたらご連絡ください。

☎ 25-1943 担当：日野香織

ひ の かおり

## デイサービス1日体験利用申込書

ふりがな		生年月日		性別
氏名		M・T・S 年 月 日生( 歳)		男・女
住所		〒 -		
連絡先		- - <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他( )		
緊急時 連絡先	氏名	① (続柄)	② (続柄)	
	電話	① - -	② - -	
要介護度		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		
☆以下については任意になります。ご利用時の安全確保に必要な事項についてお伺いします。不明な場合等については、空白で結構ですので同意をいただける範囲でお願いします。				
A D L の 状 況	移動	<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器    シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(更衣動作含む) <input type="checkbox"/> 全面的な介助が必要		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立・促し <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全面的な介助が必要		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立・促し <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全面的な介助が必要		
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> その他( )		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(有の場合: )		
視力		<input type="checkbox"/> よく見える <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> あまり見えない <input type="checkbox"/> 見えない		
聴力		<input type="checkbox"/> よく聴こえる <input type="checkbox"/> 聴こえる <input type="checkbox"/> あまり聴こえない <input type="checkbox"/> 聴こえない		
意思の伝達		<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> ある程度伝えられる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
認知症診断		<input type="checkbox"/> 診断済 <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )		
既往歴		<input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
薬の持参		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(有の場合: )		
その他留意事項		☆介護における留意点・特記事項などがございましたらお教えてください		

☆上記、個人情報につきましては当事業所でのみ使用いたします。

上記のとおりデイサービス1日体験利用を申し込みます。

デイサービスセンター共楽園 施設長様

令和 年 月 日 申込者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄(本人・ ) ⑩