

いつまでも
元気でいるための
お手伝いの場所

住民の住み続けたいを応援する

社協の デイサービス 1日体験

体験・見学・個別相談
選べる初めての介護体験

9:00～16:00
事前予約制

加子母デイサービスセンターささゆりでは、
デイサービスのご利用を検討中の皆さまに体験利用を
行っております。ご家族の方との見学も随時お受けします。
ぜひ一度、この機会にご利用ください。



POINT 1

介護申請の有無は不要

デイサービス検討中の方であれば、介護申請がまだでも体験していただくことが可能です



POINT 2

気軽なサービス体験

送迎・活動・食事・入浴など
体験内容を選択できます。体験
時間も営業内であれば調整自由



POINT 3

自立支援への取り組み

いつまでも元気で生活できるように個別機能訓練（リハビリ）
を受けることが出来ます*

*体験時は利用者に合わせた個別訓練ではなく
標準内容の体験になります

対象

当デイサービスセンター利用を検討中の方
※利用対象の方であればどなたでもご利用いただけます。

利用時間

平日：9:00～16:00 日曜および年末年始は
※希望に合わせて体験時間帯を選べます お休みします。

利用料金

850円（昼食代）
※昼食不要の方は無料でご体験いただけます。

社会福祉法人中津川市社会福祉協議会
加子母デイサービスセンターささゆり

☎ 0573-79-3312
8:00～17:00（営業日：月～土）

※利用申込は裏面の「体験利用申込書」をご記入の上、事業所に提出ください！

体験利用申込書

利用者	住所		電話番号		性別	男・女
	氏名		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)		
体験希望日時		年 月 日 () : ~ :				

※送迎希望の方は事業所のサービス提供時間に合わせ事業所で調整し実施します。個別の体験時間希望がある方は応相談。

楽しい1日を過ごしていただくために、いろいろ教えてください。

緊急時の 連絡先	氏名 : (続柄 :)	主治医 :
	連絡先 : () - 携帯 : - -	
要介護度	要支援 [1 ・ 2] 要介護 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5] 申請中 未申請	
紹介者名	事業所名 :	
	ケアマネジャー名 :	電話番号 : () -

健康状態	現病名			
	既往歴			
	服薬	無 ・ 内服薬 (食前 ・ 食後 ・ 食間) ・ 外用薬 ・ その他		
	麻痺・拘縮	麻痺 (無 ・ あり ())		
	痛み・制限	拘縮 (無 ・ あり ())		
	移動・移乗	見守りが必要 ・ 一部に介助 ・ 全介助		
		杖 ・ 歩行器/押し車 ・ 車椅子		<input type="checkbox"/> 施設準備希望
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 要介助 ()		
認知症	無 ・ 有	感染症の有無	無 ・ 有 ()	
その他注意点	耳が遠い (補聴器 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ・ 目が悪い ・ 話すことが苦手			

サービスの希望 (✓を入れてください)	送迎	送迎希望【 無 ・ 有 () 】		
	活動	≪ ↓ 過ごし方についてご希望や注意点などあれば記載下さい ↓ ≫		
	食事 ※現金にてご準備ください	食事方法 (箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 経管)		
		主食 (普通 ・ お粥 ・ ミキサー)	副食 (普通 ・ 一口大 ・ 炒み ・ ミキサー)	
	とろみ (不要 ・ 必要)	義歯 (無 ・ 有 (部分 ・ 総義歯))		
入浴	方法【 歩浴 ・ 機械浴 】 介助【 見守り ・ 一部 ・ 全介助 】			

特記事項 (利用者の好きなこと・ 趣味・上記以外の希望や 注意点など)	
--	--

貴施設の体験利用にあたり、体験利用中の自損行為等による過失(施設側による過失を除く。)については、一切の異議を申し立てないことを誓約いたします。 年 月 日 氏名 ④	【こちらには記入しないでください】 受付日: 年 月 日 受付者: 加子母デイサービスセンターささゆり 管理者: 確認印
--	--

記入例

体験利用申込書

利用者	住所	中津川市加子母●●番地	電話番号	79-●●●●	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	氏名	加子母 太郎	生年月日	大正・昭和・平成 ●年 5月 12日 (80 歳)		
体験希望日時		令和●年 ●月 ●日 (曜日)		9:00 ~ 16:00		

※送迎希望の方は事業所のサービス提供時間に合わせ事業所で調整し実施します。個別の体験時間希望がある方は応相談。

楽しい1日を過ごしていただくために、いろいろ教えてください。

緊急時の連絡先	氏名 : 中津川 花子 (続柄: 娘)	主治医: ●●医院
	連絡先: (0573) 66-●●●●	携帯: 090 - 1234 - ●●●●
要介護度	要支援 [1・2]	要介護 [1・2・3・4・5] <input checked="" type="radio"/> 申請中 未申請
紹介者名	事業所名 : ケアマネジャー名 :	担当のケアマネージャーさんがいれば記入下さい まだ担当がない場合は空欄で結構です
健康状態	現病名	認知症・高血圧・慢性心不全
	既往歴	脳梗塞
	服薬	<input checked="" type="radio"/> 無・内服薬(食前・食後・食間)・外用薬・その他
	麻痺・拘縮	麻痺 <input checked="" type="radio"/> 無・あり()
	痛み・制限	拘縮 <input checked="" type="radio"/> 無・あり()
	移動・移乗	<input checked="" type="radio"/> 自立・見守りが必要・一部に介助・全介助 <input checked="" type="radio"/> 杖・歩行器/押し車・車椅子 <input type="checkbox"/> 施設準備希望
	排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立・見守り・要介助()
	認知症	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 感染症の有無 <input checked="" type="radio"/> 無・有()
その他注意点	耳が遠い・目が悪い・話すことが苦手・()	
サービスの希望 (✓を入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 送迎	送迎希望【無・ <input checked="" type="radio"/> 有()】
	<input checked="" type="checkbox"/> 活動	≪↓過ごし方についてご希望や注意点などあれば記載下さい↓≫ たまに心臓がえらいと言うので、本人の希望で休んでもらってください。
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事 ※現金にてご準備ください	食事方法(<input checked="" type="radio"/> 箸・スプーン・フォーク・経管) 主食(<input checked="" type="radio"/> 普通・お粥・ミキサー) 副食(<input checked="" type="radio"/> 普通・一口大・炒み・ミキサー) とろみ(<input checked="" type="radio"/> 不要・必要) 義歯(無・ <input checked="" type="radio"/> 有(<input checked="" type="radio"/> 部分・総義歯))
	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴	方法【 <input checked="" type="radio"/> 歩浴・機械浴 】 介助【 <input checked="" type="radio"/> 見守り・一部・全介助 】
特記事項 (利用者の好きなこと・趣味・上記以外の希望や注意点など)	1人暮らしで生活が心配なのでデイサービスを使って欲しいのですが、どういところか分からないのに行けないと言うので体験をお願いします。人当たりはいいので知り合いに会えると嬉しいかもしれません。文字を書くことは苦手みたいです。いつもは外で草取りをしています。	
貴施設の体験利用にあたり、体験利用中の自損行為等による過失(施設側による過失を除く。)については、一切の異議を申し立てないことを誓約いたします。 令和●年 ●月 ●日 氏名 中津川 花子	【こちらには記入しないでください】 受付日: 年 月 日 受付者: 加子母デイサービスセンター ささゆり 管理者: 確認印	