

フィットネスデイサービスゆう  
 総合事業(デイサービス) **通所見学** 申し込み書

ご利用者名	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	大正	昭和	年	月	日			
	認定結果	事業対象者 要支援 1 2				申請中(申請日 令和 年 月 日)			
	日常生活自立度	認知症高齢者:				障害高齢者:			
	住所								
	電話番号								
		包括支援センター			居宅介護支援事業所				
事業所名									
所在地									
電話番号									
FAX番号									
担当者									
生活状況									
A D L	歩行	自立	一部介助 (杖 / 歩行器)			主食 ごはん ( )			
	入浴	自立	一部介助			副食 常食 ( )			
	排泄	自立	一部介助			禁食 ( )			
	下着	布パンツ	パット	紙パンツ		介助 ( )			
かかりつけ病院名					主治医				
所在地					電話				
主疾病					服薬 朝 昼 夕 寝				
緊急連絡先	住所		☎						
	氏名		続柄						
	住所		☎						
	氏名		続柄						
利用希望日		月	火	水	木	金	土	入浴	有・無
		希望日に○を付けてください。							
利用開始希望日		令和	年	月	日	( )			
※受入れに関する連絡事項									
見学同行者:									

● 内容確認後、担当者様宛てに連絡させていただきます。