

デイサービスゆう

通所介護(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	要介護	1	2	3	4	5	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							
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CM							
生活状況								
A D L	歩行	自立	一部介助	全介助	(杖 / 歩行器)		主食 ごはん 粥 ()	
	入浴	自立	一部介助	全介助			副食 常食 きざみ ()	
	排泄	自立	一部介助	全介助			箸 スプーン フォーク 禁食()	
	下着	布パンツ	パット	紙パンツ			介助 必要・不要	
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。