

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。