

デイサービスセンター恵寿 利用申込書

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
利用者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 満()歳	
利用者住所	〒 - 電話 - -			
緊急連絡先①	フリガナ	続柄	電話	- -
	氏名		携帯	- -
	住所	〒 -		
緊急連絡先②	フリガナ	続柄	電話	- -
	氏名		携帯	- -
	住所	〒 -		
利用者情報	食事	食事形態 (ふつう・一口・きざみ) (ごはん・おかゆ) アレルギー 無・有 ()		
	入浴	・自立・一部介助・全介助	移動	・自立・一部介助()
	排泄	・自立・一部介助・全介助 (布下着・パット・はくパンツ・紙おむつ)		
	感染症	・無・有 ()		
	意思疎通	理解力: 可能・困難()	発語: 可能・困難()	
		視力: 可能・困難()	聴力: 可能・困難()	
特記事項				
介護保険情報	要介護状態区分	要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5		
	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	居宅介護支援事業所	ケアマネージャー氏名()		
	在宅サービスの利用種類			
体験利用	<input type="checkbox"/> 希望する 日時: 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 希望しない			
利用希望曜日	月・火・水・木・金・土 (回/週)			

* 介護保険証のコピーを添付してください。

* 健康保険証 老人医療受給者証 一部負担金相当額助成 身体障害者手帳等をお持ちの方はコピーを添付してください。



お問い合わせは…

Tel 075-575-2611 Fax 075-632-8633

デイサービスセンター恵寿 (担当/小林・森本)