

デイサービス利用申込書 (FAX)

日扇会デイサービス・リハビリ工房 八雲行 (FAX) 5726-8130

事業所番号 1371004035

〒152-0023 東京都目黒区八雲 5-10-22GREENHILL 駒沢公園 1階

問い合わせ先 (TEL) 3718-2086 担当 管理者: <sup>はぎわら</sup>萩原 相談員: <sup>すずき</sup>鈴木

申込み日: 年 月 日 開始日: 年 月 日

○確認事項: 該当するものにチェックをお願いします。

希望コース 7時間コース 5時間コース

※希望コースご利用中の服薬 あり なし

- 玄関⇄送迎車の移動 (歩行 車椅子 その他)
- 排泄方法 (トイレ オムツ その他)
- 入浴希望 (あり なし) ※7時間コースのみ
- 食事 (普通食 治療食:カロリー調整食・ムース食・粥) (アレルギー-等禁食 あり なし)

事業所名			
事業所番号			
住所	〒	TEL	
担当ケアマネジャー		FAX	
主治医氏名		病院名	
TEL		診療科	
住所			

フリガナ		性別	男性	女性
利用者氏名	様	生年月日	M T S	年 月 日
		年齢	才	
保険者番号		被保険者番号		
住所	〒	TEL		
疾患名				
経過				
退院日	年 月 日 (退院後3ヶ月以内の方のみ記入)			
介護認定	申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで			
介護者氏名	様	続柄		
		TEL		
希望利用頻度	週1回・2回・3回・その他( )			
希望曜日	月・火・水・木・金			
ケアプラン目標				
備考				

契約日時: