

# ご利用 ・ ご見学 申込書

令和 年 月 日

デイサービス 絆

TEL 03-6662-9151

FAX 03-6662-9153

※わからないところは空白でかまいません  
 ※このFAXご送信では本申し込みにはなりません

ご利用者	フリガナ	生年月日
ご家族と同居 ・ 独居	氏名	明・大・昭 年 月 日 生まれ 男・女 ( 歳)
	住所〒	電話番号(自宅)
ご家族連絡先	氏名	ご家族(自宅)
同居 ・ 別居	続柄 ( )	-
	住所〒	ご家族(携帯)

要介護度	要支援 1 ・ 2	要介護 1 2 3 4 5
かかりつけの医療機関	(医療機関名) (担当医) TEL	-

現病・既往歴など (介護整体・機能訓練を行います。ご不安な点等、合わせてご記入をお願い致します。)

現在の状況	ご見学希望日：令和 年 月 日 曜日 送迎 時 分頃自宅着 ・ 送迎無 (曜日によってご案内しにくい曜日がございます。 お手数ですが日にち決定の前にご連絡頂けると幸いです。)
-------	--

視力	【左・右】 【支障あり・なし】	言語	【可・少し不自由・不自由・不可】
聴力	【左・右】 【支障あり・なし】	構音障害・失語症	【有・無】
話の理解	【可・なんとか可・不可】	睡眠	【良好・普通・不良】
認知症	【重度・中等度・軽度・なし】	眠剤	【有・無】
高次脳機能	【失認・失行】	義歯	【上のみ・下のみ・全・なし】
麻痺	【有・無】	食事	【自立・一部介助・全介助】
拘縮	【有・無】	トイレ	【自立・一部介助・全介助】
移動	室内： 【自立・一部介助・全介助】	感染症	【有・無】
	屋外： 【自立・一部介助・全介助】	生活保護	【有・無】

その他・特記事項等

利用希望曜日がお決まりの方へ		月	火	水	木	金	土	日
希望の曜日・時間帯に○を お願いいたします。	AM							
	PM							

ご希望利用開始日⇒ 年 月 日

送迎希望	希望する・利用者側で通所できる	入浴	希望する・希望しない
------	-----------------	----	------------

ご質問・ご要望等ございましたらお気軽にご記入ください  
 (当施設は(介護整体・機能訓練を行います。ご不安な点等、合わせてご記入をお願い致します。)

居宅介護支援事業所名	TEL : - -
担当ケアマネージャー様	FAX : - -

ご不明な点はお気軽にご連絡ください！よろしくお願いたします。

デイサービス絆

FAX番号 03-6662-9153