

利用申込書

申込日	年 月 日		担当者様		
事業所名			事業所番号		
TEL			FAX		
ツガナ氏名	() 様	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ()才 男・女		
住所	〒 電話 () キーパーソン(名前:) 間柄: () 連絡先 ()				
要介護度	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 申請中・区変中	負担割合	1割・2割 3割	生保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主治医	医療機関名: () 科) 先生 連絡先 ()				
疾病・既往歴					
入院中の方	() 病院) 入院加療中 (月 日) 退院予定 退院前カンファレンス予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 日 : ~開催) <input type="checkbox"/> 無、参加希望 有・無				
体験希望	有(月 日 : ~ :)・無 *体験ご希望の方は食事形態について別途お伺いします。体験入浴は行っていません。				
利用頻度	1週間 ____回 程度	入浴希望	有・無		
その他	移動手段: 車いす・歩行(補助具:) 介助量: 自立・一部介助・全介助				
【サービス希望内容・留意点】 (アレルギー等ありましたらご記載ください)			利用中のサービス		
				午前	午後
			月		
			火		
			水		
			木		
			金		
土					

事業所記入欄	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(I) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算(II) <input type="checkbox"/> 入浴介助加算
--------	--

アクティビティ型デイサービス りぶうえる練馬高野台

〒177-0033 東京都練馬区高野台2-8-2

TEL:03-5923-1157 FAX:03-5923-1158

