

デイサービス エリクシール体験申し込み

申し込み事業様の情報

事業所名		事業所番号	
TEL	FAX	担当ケアマネージャ	

利用者情報

氏名	様	生年月日	M・T S・H	年	月	日	(歳)
住所							
電話番号			キーパーソン (続柄/電話番号)				
同居状況	独居・配偶者・家族・その他()		負担割合	2割	・	1割	・ 生保
介護度	要支援 1 2		老人医療受給者証	有()割) ・ 無			
	要介護 1 2 3 4 5		身体障害者手帳	有()割) ・ 無			
A D L	トイレ動作	自立 ・ 部分介助 ・ 全介助	室内移動	歩行自立 ・ 車椅子自立 ・ 介助			
現疾病 既往歴			内服薬				
医療機関名			主治医名				
現在の 状態							

現在受けられているサービスの日時

	日	月	火	水	木	金	土
午前							
午後							

備考欄 (リハビリ内容への希望・希望回数・希望曜日など)

送迎希望 有 ・ 無
(体験の際でも送迎可能です)

申し込み先

*体験申し込みは、ご記入の上、FAXにて返信お願いします。確認後、電話にて日程など相談させていただきます。

FAX 0743-70-0078

TEL 0743-70-0070

担当

連絡済