

機能訓練型デイサービス miraimo (本利用 ・ 3時間体験) 利用申し込み書

年 月 日

フリガナ			性別			M			年	月	日	歳
ご利用者様氏名	様		生年月日			T			年	月	日	歳
ご利用者住所				電話番号								
要介護度	要介護	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		要支援	(1 ・ 2)							
居宅支援事業所名				ご担当者様名	様							
主治医	医療機関名		担当医		医療機関所在地			電話番号				
病歴等	現在かかっている大きな病気等				今までにかかった大きな病気等							
	病名			発症年月日	病名			発症年月日				
服薬情報	お薬手帳のコピー等でも結構です。		生活保護	有 無		負担割合	1 2 3 割					
日常生活について												
移動手段	(独歩 ・ 杖 ・ 車いす)			食事動作	(自立 ・ 軽介助 ・ 全介助)							
トイレ動作	(自立 ・ 軽介助 ・ 全介助)			認知症	(有 ・ 無)							
ご利用にあたり												
ご希望利用時間	午前:9:00~12:10 ・ 午後:13:50~17:00			入浴の有無	有 ・ 無							
希望ご利用回数				送迎の有無	有 (送 ・ 迎) ・ 無							
ご希望曜日	午前	月 ・ 火 ・ 木 ・ 金 ・ 土			体験日までの連絡先	ご本人様 ・ ご家族様 ・ ケアマネ様						
	午後											
緊急連絡先												
氏名		続柄		住所				電話番号				

当社記入欄

最終決定日時 月 日 時 分 迎え

備考