

無料体験申込書

機能訓練特化型
デイサービス島ノ内

事業所番号 2772303026
電話/FAX番号 06-6656-1882
担当：いしだはら

ご利用者	フリガナ	生年月日							
	氏名	明・大・昭	年	月	日	生まれ (歳)			
ご家族連絡先	住所〒	電話番号(自宅)							
	氏名	ご家族(自宅)							
ご家族連絡先	住所〒	ご家族(携帯)							
	続柄 ()								
世帯状況： 独居 ・ 夫婦 ・ その他 () 同居									
要介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
区変中 ・ 申請中									
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									
現在の状況									
視力	【 左・右 】 【 支障あり・なし 】								
聴力	【 左・右 】 【 支障あり・なし 】								
移動	【 自立・室内は自立・一部介助 】								
福祉用具	【 杖・歩行器・車いす 】								
言語、会話	【 可・なんとか可・不可 】								
トイレ	【 自立・一部介助 】								
その他・特記事項等									
利用者の意向									
家族の意向									
介護支援専門員の意見									
利用希望日・時間帯		月	火	水	木	金			
		AM							
		PM							
体験希望日	令和	年	月	日 ()	時頃				
その他要望等									
事業所名						TEL: - -			
担当者名						FAX: - -			

FAX番号

06-6656-1882