

運動機能向上型デイサービストウヨウ 《見学・体験》申込書

申込日	令和 年 月 日					
申込内容	相談 ・ 見学予約 ・ 利用申込 ・ 体験利用					
フリガナ						性別
ご利用者 氏名 生年月日	様 M・T・S 年 月 日 (歳)					男・女
ご利用者 住所	(〒)			電話		
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 区変中 申請中					
相談内容 (デイに求めること等)						
A D L	移動	自立・室内は自立・一部介助 ()				
		福祉用具：杖・歩行器・シルバーカー・車椅子				
	意思疎通	問題ない ・ やや困難 ・ 困難 ・ できない				
	身体状況	聴力 ・ 視力 ・ 麻痺 その他 ()				
	排泄	自立・一部介助・全介助・オムツ使用 (紙パンツ・パット・オムツ)				
加療中の病名						
既往歴						
緊急連絡先	氏名	様			続柄	
	電話					
利用希望	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	いつでも可
体験希望日：○ (AM ・ PM)						
本利用予定希望日：○ (AM ・ PM)						
事業所名				事業所番号		
担当者名	様			電話		
				F A X		

運動機能向上型デイサービストウヨウ

TEL/FAX：06-6935-0255

担当TEL：080-3833-6226

住所：大阪市城東区今福東2-5-26

担当：中村