

デイサービスセンターほほえみ利用申込書

年 月 日

様の利用を申し込みます。

氏 名		男・女	生 年 月 日	T・S	年 月 日	歳
住 所			連 絡 先			
介 護 度	要支援 1・2	希 望 利 用 日		なし / 月・火・水・木・金・土・日		
	要介護 1・2・3・4・5	希 望 回 数		週 回		
介 護 者	名前： / 同居・別居（住所：）					
連 絡 先						
現 病 歴						
感 染 症	無 / 有（病名：） 特記：					
認 知 症	無 / 有（軽度・中度・重度） 特記：					
歩 行	自立・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・リクライニング / 特記：					
入 浴	無 / 有（一般浴・機械浴・個人浴）	食 事 形 態	普通・きざみ・ペースト / 経管栄養			
特 記 事 項						

事業所名	
連 絡 先	
担当ケアマネージャー	

下記は当事業所が記入いたします。

受け入れ曜日及び回数 _____ 曜日 / 月・週 _____ 回

事前面接予定日 _____ 年 月 日（ ）