

# ■■■ リハラボ デイサービス (見学・利用) 申込書 ■■■

<利用者様情報>

日付:            年            月            日

氏名	様	性別	男女	生年月日	M・T・S    年    月    日    歳
----	---	----	----	------	---------------------------

介護度	要支援 1 2    要介護 1 2 3 4 5	有効期間	年    月    日 ~    年    月    日
	被保険者番号		

住所	〒	電話:
----	---	-----

連絡先	様	続柄	電話 (            )
-----	---	----	-------------------

現在の状況	
-------	--

現病既往		主治医	
------	--	-----	--

服薬等	
-----	--

希望見学日	高円寺 和田 松ノ木 高井戸 (いずれか○でお選び下さい) 月    日 (    )    時	同行者	無 ・ 有 (            )
-------	---	-----	----------------------

A D L 等	歩行	自立    一部介助    全介助	認知症	なし    軽度    中度    重度
	排泄	自立    一部介助    全介助	視力	良好    見えにくい (左右)    見えない
	嚥下	むせなし    時々むせる    常時むせる	聴力	良好    聞こえにくい (左右)    聞こえない
	特記事項	※利用希望曜日: ① (    ) 曜日    午前・午後    ② (    ) 曜日    午前・午後    ③いつでも可		

<居宅介護支援事業者情報>

事業所	TEL:	C M	様
-----	------	--------	---

【高円寺】 FAX 03-5356-7782 TEL 03-5356-7781      【和田】 FAX 03-6454-1879 TEL 03-6454-1869

【松ノ木】 FAX 03-3317-7129 TEL 03-5929-7127      【高井戸】 FAX 03-5941-7071 TEL 03-5941-6981