

平成 年 月 日

すばる魚崎の郷 デイケア体験申込書

TEL 078-811-8900

FAX 078-811-8999

事業所名 & 担当CM 様

TEL FAX

希望日 平成 年 月 日 ()

ふりがな					
利用者名	様	性別	男	・	女
住所					
電話番号					
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
送迎	有	無	()		
移動	独歩	杖	車椅子	()	
食事	主食	普通	粥	他()	
	副食	普通	一口大	キザミ	他()
入浴	有	(一般浴	機械浴	個浴)	・ 無
排泄	自立	・	介助	()	
疾患名					
デイ利用時の内服の有無	有	無	()		

連絡事項

平成 年 月 日

すばる魚崎の郷 返信欄

担当者