

湯とリハメディカルデイサービス 見学相談・ご利用申込書

◆ 契約・見学希望日時

月

日

午前
午後

:

◆ 送迎

必要
不要

◆ ご利用者様情報

フリガナ

【氏 名】

【生年月日】

【性別】 男・女

〒

【住 所】

1. 子供と同居 2. 夫婦のみの世帯 3. 独居（子供が近隣居住・遠隔地居住）

【電 話 番 号】

【緊急連絡先】 氏名

続柄

電話番号

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

負担割合

割

【認定有効期間】 令和

年

月

日

～

令和

年

月

日

◆ ご利用者様状況

【要 介 護】

1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

【医 療 機 関】

【主治医氏名】

【診 断 名】

【車 椅子】

有 ・ 無

【認知症診断】

有 ・ 無

【生活保護】

有 ・ 無

◆ デイへの希望

【利用希望日】 週

回（ 月 火 水 木 金 土 ）

・ 希望曜日無し

☐

1 日型（7－8時間）

☐

半日型（午前・リハビリ特化コース）

☐

半日型（午後 お風呂とリハビリコース）

【入浴サービス】

必要 ・ 不要

担当ケアマネージャー様

（お 名 前）

（TEL）

（貴事業所）

（FAX）

FAX: 03-6233-8810（湯とリハデイ）