

湯とり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 (湯とりハディ)