

街のデイサービス 憩いのいえ



相談票 兼 利用申し込み

氏名	生年月日	年齢	介護度
	大・昭 年 月 日	才 男女	

住所	電話番号

ご利用希望日	入浴	送迎
月・火・水・木・金	有 ・ 無	有・無

既往歴	現病名

ADLについて

歩行	自立・杖・一部介助・車いす	視力	良好・弱視
食事	刻み・普通・その他()	聴力	良好・難聴
排泄	自立・一部介助・全介助	補聴器	有・無
認知症	無・軽度・中度()	徘徊	有・無

特記事項

居宅介護事業所	担当者様	電話番号

☆ご記入後、お手数ですがデイサービス憩いのいえまで
ご返信をお願いいたします。FAX 047-487-3278