

通所介護利用申込書

(※太線内をご記入ください。)

記入者名

年 月 日 記入

(フリガナ) 利用者名	様	男・女	生年月日 年 月 日生		年齢 歳
住所 (〒 -)			駐車スペース (有・無)		
電話番号			携帯番号		
(上記以外の連絡先)					
(氏名)		(続柄)	(電話)		
(担当ケアマネジャー)					
氏名					
事業所名 (連絡先)					
■サービス希望の日時や留意事項など					
(ご希望曜日) 月・火・水・木・金・土・日		(時間帯)		～	
(サービス開始(希望)日)		令和	年	月	日 曜日～
介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)			負担割合 (1割・2割・3割・生活保護)		
■ご希望されるサービスや留意点について					
入浴	無・あり (体温: °C (以上・以下) は中止、血圧: 以上 以下は中止)				
機能訓練	無・あり (体温: °C (以上・以下) は中止、血圧: 以上 以下は中止) その他制限など()				
アレルギー	無・あり ()	身長	cm	体重	kg
処方薬	無・あり	感染症	無・あり ()		
その他特記事項 (ご利用の目的や目標、ご利用時の注意点、ご希望していることなど)					
※会社記入欄					
受付者 ()		受付日 (令和 年 月 日 ())			
体験日について (令和 年 月 日 ())		: ~ : ()			
番号登録 (No.)		カルテ作成日 (/)		響入力日 (/)	
契約予定日 (令和 年 月 日)					
送迎時間など:					
食事について:					
レクについて:					

FAX 072-844-5710 迄

(裏面に続く)

