

だんらんの家デイサービス 西ヶ原

利用相談票

| デイサービス利用頻度 | | お泊り利用頻度 | |
|-------------------------------|-----|---------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 毎日 | | <input type="checkbox"/> デイサービス利用日は毎日 | |
| <input type="checkbox"/> 1週間に | 日程度 | <input type="checkbox"/> 1週間に | 日程度 |
| <input type="checkbox"/> 1ヶ月に | 日程度 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月に | 日程度 |
| 利用開始希望日 | 平成 | 年 | 月 日頃から |

ご利用者情報（個人情報に差し支えない範囲で結構です）

| | | | | | |
|-------|---|----------------|---------|---------|-------|
| 氏名 | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定 ・ 申請中 | | | | |
| 認知症 | なし ・ 軽度 ・ 重度 （行動障害等： ） | | | | |
| 身体状況 | | | | | |
| 病歴 | | | | | |
| 特記事項 | | | | | |
| 住所 | 子供と同居 ・ 夫婦のみの世帯 ・ 独居 （子供は近隣に居住 ・ 遠隔地居住） | | | | |
| 形態 | 戸建て ・ 戸建て以外 | 近隣に送迎車をとめるスペース | あり ・ なし | | |
| 主な介護者 | | | 公費利用 | あり ・ なし | |
| 連絡先 | | | | | |

| | |
|------|--|
| 質問事項 | |
| | |

担当ケアマネージャー様情報

| | |
|-------|------|
| ご芳名 | (携帯) |
| 貴事業所名 | (電話) |
| その他 | |

F A X送付お願いします。

03-6903-5882

