



| デイサービス利用頻度 | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 毎日 |
| <input type="checkbox"/> | 1週間に 日程度 |
| <input type="checkbox"/> | 1ヶ月に 日程度 |

| | |
|---------|-------------|
| 利用開始希望日 | 令和 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 | 支援1・2 / 介護 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 | | | | |
| 送迎車止めるスペース | あり ・ なし | 公費利用 | あり ・ なし | | |
| 主介護者 | | | | | |
| 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送付お願い致します。
044-322-0831まで