

品川フィットネスクラブデイサービスセンター 見学申込書

利用者氏名 フリガナ	男 女	生年月日(明治・大正・昭和) 年 月 日
住所 〒		
TEL ()	要介護度	要支援 : 1・2 要介護 : 1・2・3・4・5
連絡先	氏名 関係:	被保険者
	住所	
	TEL① ()	番号
	TEL② ()	
介護支援事業所 ()		事業所番号 ()
住所		TEL ()
担当介護支援専門員 ()		FAX ()

日常生活自立度(ADL)	既往症
麻痺 有・無 ()	現在の病気と病状
移動 自立・介助・杖・車椅子 他()	
排泄 自立・介助 失禁(有・無) 他()	かかりつけ医
聴力	主な内服薬
認知症有・無 具体的内容	
今の日常の過ごし方	御利用希望日または不可日
	ご本人様の要望