

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

見学希望日 年 月 日

利用者氏名 フリガナ		男 女	生年月日(明治・大正・昭和) 年 月 日 歳						
住所 〒									
TEL	()		要介護度	要支援 : 1・2					
連絡先	氏名	関係:		要介護 : 1・2・3・4・5					
	住所		被保険者						
	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	ご利用不可日
	ご本人様の要望