デイサービス夢楽人　利用相談申込書

相談業務　担当　宛　苦楽園事業所：ＦＡＸ：０７９８－７５－０１３４

甲子園事業所：ＦＡＸ：０７９８－５５－８６６２

下記の通りデイサービスの利用を検討しています

申し込み記入欄	□居宅介護支援事業者　□御本人　□御家族様（ご利用者様との関係：　　） □その他（　　）
	名称＿＿＿＿＿＿＿＿　ＴＥＬ：　（　　）
	氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ：　（　　）

☆御利用者希望者様の情報

御希望者様	フリガナ	性　別	男　・　女
	氏　名	生年月日	明治・大正・昭和 年　月　日（　歳）
	住所　〒　－　　TEL:　（　）		
連絡先（緊急時）氏名　（続柄：　）ＴＥＬ：　（　）			
被保険者番号			保険者名　区・町 市・村
要介護区分 要介護【　１・２・３・４・５　】			要介護認定の有効期間 平成　年　月　日～ 平成　年　月　日
生活保護　有　・　無　　身体障害者手帳　有（　種　級）・　無			
《既往歴》		《家族構成》	
《身体状況》			

☆御利用検討内容

検討内容	御希望の曜日	送迎希望時間	開始日
	□月　□火　□水　□木　□金　□土　□日	朝　：　夕　：	/
	宿泊援助サービスの希望　有　/　無	月　日利用	/
	認知症　有　/　無　(行動障害　有 / 無)	医療行為	体験希望日
	□軽度　□重度　（　　）	□有　□無	/

※全てに記載する必要はございません 。お気軽にお問い合わせ下さい 。