

アイリスデイサービス 見学・利用 申込書

令和 年 月 日

ご利用者 氏名	(ふりがな)						大・昭 年 月 日	
	様						男・女 (才)	
住所	〒 -						TEL	- -
介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5				有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日		
被保険者番号								
歩行状態	室内 : 独歩・伝い歩き・杖・車椅子						乗車時 の動作	※ワンボックスカー
	屋外 : 独歩・伝い歩き・杖・車椅子							自立・一部介助
自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2						排泄	自立・一部介助・全介助
認知症度	なし・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V							布肌着・リハパン・パッド
既往歴								
主治医	病医院名							
	主治医		科 先生					
	TEL :				FAX :			
家族構成 ・ 緊急連絡先	①	キーパーソン 氏名 :	[続柄 同居(有・無)]					TEL:
	②	氏名 :	[続柄 同居(有・無)]					TEL:
利用希望		月	火	水	木	金	土	見学希望日
	午前 9:00~12:10							① 月 日() 午前・午後
	午後 13:50~17:00							② 月 日() 午前・午後
	1日 9:00~17:00							見学時の送迎が 必要・不必要 来所人数: 人
入浴サービスの希望			有・無		入浴の状況		自立・一部介助・全介助・機械浴	
備考								
介護支援 事業所	(事業所名)						御担当者様名	
	〒						TEL () FAX ()	

※ ADL表、介護保険証、診断書などご利用者様の情報がございましたら提供のご協力をお願いします。

アイリスデイサービス

〒114-0003 東京都北区豊島1-38-7

TEL : (03) 6908-4183

【通常規模型通所介護】 : 1371706399

【第一号通所事業】 : 13A1700171

【FAX : 03-6908-4184】