

ナーシングヴィラ与野

運動型デイサービス見学・体験利用 申込書

申込日 令和 年 月 日

担当事業所		担当者	
TEL			

ふりがな		性別		生年月日	M・T・S	年	月	日	(才)
氏名	様	男・女							

住所		電話番号		携帯電話	
----	--	------	--	------	--

希望曜日	月	火	水	木	金				
介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
負担割合	1割負担		2割負担		3割負担				

日常生活動作				
	自立	一部	全介	特記事項
移動				
排泄				
入浴				
着脱				
視力				
聴力				
摂食				

食事形態	米飯・軟飯・粥	禁食 () アレルギー (有・無)
問題行動	有・無	昼食前後の服薬 有 ()・無

現病歴 既往歴	既往・現病 (必須) (主治医: _____) (必須)
------------	-------------------------------------

特記事項 (上記以外で注意すべき点、連絡事項等ありましたらご記入ください)

連絡先が家族の場合 は記入して下さい	ふりがな 氏名 _____ 続柄 _____ 電話(携帯) _____
-----------------------	---

ナーシングヴィラ与野 運動型通所サービス
 担当 生活相談員 梶川
TEL 048-857-8522
FAX 048-857-8523