

医療法人財団 県南病院 デイケア 利用申込書

承認印

申込日 年 月 日

ふりがな			M			
ご利用者様指名			T	年	月	日 (歳)
住所	〒					
電話番号(自宅)			携帯電話			
要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5					
介護保険	認定有効期間	年 月 日～		年	月	日

緊急連絡先等	ふりがな			家族構成
	氏名	(続柄)		
	電話番号	自宅		
		携帯		
家族関係 状況			◎本人 ○女性 □男性 ●■死亡 (同居家族は○で囲む)	

施設見学の希望	有 ・ 無	施設体験の希望	有 ・ 無	半日 ・ 長時間
利用希望日	第1希望	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		
		半日 ・ 1日 ・ 短時間※ ¹ (:)～ (:)		
	第2希望	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		
		半日 ・ 1日 ・ 短時間※ ¹ (:)～ (:)		
※ ¹ 短時間9:00～10:00・14:00～15:00・15:00～16:00は自家用車、家族送迎、公共交通機関で来所可能な方。10:00～11:00・13:00～14:00は送迎可能です。(要相談)				
※1日・半日の利用を希望される方は入浴の有無をお選びください。			入浴	有 ・ 無
利用目的 (困っていること等)				

居宅介護 支援事業者	事業者名		担当者名	
	住所			
	事業所電話番号		事業所FAX	

備考
