

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		生年月日	M T S	年	月	日 ( 歳)
ご利用者様指名						
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					
主病名		既往歴				

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 ※短時間の利用を希望される 方は見学のみとなります。	有 ・ 無	第1希望日：	第2希望日：
--	-------	--------	--------

施設体験希望日 ※半日・長時間の利用を希望 れる方は必須となります。	第1希望日：	第2希望日：	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※ <sup>1</sup> ( : ) ~ ( : )	
	第2希望	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 半日・1日・短時間※ <sup>1</sup> ( : ) ~ ( : )	
	※ <sup>1</sup> 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			
----	--	--	--