ふれあいランド戸田利用申込書(ケアマネージャー様用)

平成 年 月 日

フリガナ	
利用者氏名	様
ご住所	
電話番号	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
介護保険被保険者番号	市・区 町・村
要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5
主治医意見書の 「認知症高齢者の日常生活自立度」 (記入いただけますようお願いいたします)	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

利用者様状況(必ずご記入お願いします)

☆移動

☆食事

☆排泄

☆問題行動等ありましたらご記入下さい

☆送迎時ご家族様立会い 可・不可 (不可の場合はご相談させていただきます)

☆その他

ご利用希望日	月・火・水・木・金・土・日・希望なし(週 日)
--------	-------------------------

居宅介護支援事業所名	
ケアマネージャー氏名	様
電話番号	FAX番号

担当 金井、葛西

Tel:048-432-2222

Fax:048-433-0099