

介護老人保健施設めぐみ デイケア申し込み書

お申し込み日	令和 年 月 日		
ふりがな	生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)	
ご利用者様氏名	性別	男・女	
ご住所	電話番号		
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 更新中・区分変更中・新規申請中		
有効期限	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 更新申請・区分変更申請等 申請日 令和 年 月 日頃		
かかりつけ医療機関			主治医氏名

事業所名			
担当ケアマネージャー			電話番号

利用手続き等のご連絡先				
第1連絡先	ふりがな	続柄	電話番号	
	氏名		携帯番号	
	住所			
第2連絡先	ふりがな	続柄	電話番号	
	氏名		携帯番号	
	住所			

希望日		送迎	
月 火 水 木 金 土 曜日希望なし		ステップ乗車	車いす乗車
利用目的	リハビリ目的		
リハビリ・入浴・閉じこもり防止・介護休養・他者との交流	下肢筋力強化 起き上がり・立ち上がり動作等の安定 集団レクリエーション 歩行の安定 ADL向上 言語		

・利用に至った経緯やデイケアを希望する理由をご記入下さい:

病歴(診断された年月日と医療機関もご記入ください)		
病名	年月日	医療機関
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

介護老人保健施設 めぐみ
 TEL 03-5661-3882
 FAX 03-3674-7045