

## デイサービスらっき～ 体験利用申込書

ふりがな			性別	生年月日	
氏名	様		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和 年 月 日	
住所	〒			電話：	
主・介護者	氏名：			続柄：	
緊急連絡先	氏名：			続柄：	
	住所： 〒			電話：	
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中				
	*生活保護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			被保険者番号：	
プラン事業所	事業所名：			担当者：	
	〒 住所：			TEL：	
主治医	病院 科			医師	
	病院 科			医師	
歩行レベル	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車いす		排泄レベル	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
話の理解	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> あまり出来ない <input type="checkbox"/> 出来ない		下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
病名			既往歴		
通所で必要な医療的ケア			<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 他： <input type="checkbox"/> 貼薬・軟膏		
体験利用 希望日	第1希望日	令和 年 月 日 ( )	希望時間帯	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
	第2希望日	令和 年 月 日 ( )	希望時間帯	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
送り出し： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			施錠： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		車酔い： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考					

〒554-0014 大阪市此花区四貫島2-2-5  
 リハビリ特化型デイサービス らっき～  
 TEL/FAX 06-6131-8721/06-6131-8791