

# リハビリ&デイ ゆうかり舎

## 利用相談表

| デイサービス利用頻度                    |     | お泊り利用頻度                               |        |
|-------------------------------|-----|---------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 毎日   |     | <input type="checkbox"/> デイサービス利用日は毎日 |        |
| <input type="checkbox"/> 1週間に | 日程度 | <input type="checkbox"/> 1週間に         | 日程度    |
| <input type="checkbox"/> 1ヶ月に | 日程度 | <input type="checkbox"/> 1ヶ月に         | 日程度    |
| 利用開始希望日                       | 平成  | 年                                     | 月 日頃から |

ご利用者情報（個人情報に差し支えない範囲で結構です）

|       |   |                |         |         |       |
|-------|---|----------------|---------|---------|-------|
| 氏名    |   | 年齢             | 歳       | 性別      | 男 ・ 女 |
| 要介護度  | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定 ・ 申請中           |                |         |         |       |
| 認知症   | なし ・ 軽度 ・ 重度 （行動障害等： ）                  |                |         |         |       |
| 身体状況  |   |                |         |         |       |
| 病歴    |   |                |         |         |       |
| 特記事項  |   |                |         |         |       |
| 住所    | 子供と同居 ・ 夫婦のみの世帯 ・ 独居 （子供は近隣に居住 ・ 遠隔地居住） |                |         |         |       |
| 形態    | 戸建て ・ 戸建て以外                             | 近隣に送迎車をとめるスペース | あり ・ なし |         |       |
| 主な介護者 |   |                | 公費利用    | あり ・ なし |       |
| 連絡先   |   |                |         |         |       |

|      |  |
|------|--|
| 質問事項 |  |
|      |  |

担当ケアマネージャー様情報

|       |      |
|-------|------|
| ご芳名   | (携帯) |
| 貴事業所名 | (電話) |
| その他   |      |

▼このままFAX送付お願いいたします。

リハビリ&デイ ゆうかり舎

管理者：高橋

**FAX： 046-259-8598**