練馬高松園デイサービス　見学・利用申込書

お申込日 ： 令和　　年　　月　　日

貴事業所名		ご担当者様	様
電話番号		ＦＡＸ	

【ご利用者様情報】

フリガナ			性別	生年月日	大正　・　昭和
氏名	様		男 ・ 女		年　月　日　歳
ご住所	〒 練馬区			電話番号	自宅： 携帯：
介護保険	被保険者番号			負担割合	1割　・　2割　・　3割
	要介護度区分	支援１　・　支援2　・　介護１　・　介護２　・　介護３　・　介護４　・介護５			
	有効期限	（平成　・　令和）　年　月　日　～　令和　年　月　日			
	公費情報	生活保護（　あり　・　なし　）		担当ＣＷ	様
移動	□自立　□見守り（ 杖　・バギー ）　□車椅子　特記事項（　　）				
食事	□自立　□見守り　□介助		形態	・主食　□常食　□お粥　□ミキサー ・副食　□常食　□刻み　□ミキサー	
トイレ	□自立　□見守り　□介助		形態	□布パンツ　□リハビリパン　□テープ式オムツ	
主な疾患					
かかりつけ病院	病院名：			主治医：	
	電話番号：			特　記：	

【ご利用者様情報】

フリガナ		続柄	電話番号	自宅：
氏名	様			携帯：
ご住所	〒			

〒179-0075
東京都練馬区高松２－９－３　　℡：03-3926-3026　　ＦＡＸ：03-3926-7872
練馬高松園デイサービスセンター　　事業所番号 1372001600