

# デイサービス彩り ご利用相談票

週	日程度	(ご希望曜日: 月・火・水・木・金・土)
その他不定期	(	)

※お手元の基本情報シートがございましたら、以下そちらをお送りいただければ結構です。

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(介護者は近隣に居住・遠隔地居住)				
住居形態	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		
送迎について					
主な介護者		公費利用	あり・なし		
連絡先					
ご質問事項					
ご興味	<input type="checkbox"/> 音楽(療法) <input type="checkbox"/> 足・爪ケア <input type="checkbox"/> アニマルセラピー <input type="checkbox"/> フラワーアレンジメント <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 体操系 <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> お料理・お菓子づくり <input type="checkbox"/> 温泉・美容入浴 <input type="checkbox"/> 演芸系 <input type="checkbox"/> お食事 <input type="checkbox"/> 手芸等手先を使う活動 <input type="checkbox"/> 脳トレ等頭を使う活動 <input type="checkbox"/> 口腔ケア その他( )				

実調・契約		日程をケアマネジャー様からご連絡いただける
		日程を当事業所とご家族様で相談する
		その他( )

## ご担当ケアマネジャー様情報

ご芳名	(携帯)
貴事業所名	(電話)
その他	

このままFAXでご送信ください。

デイサービス彩り 管理者:山本 洋太郎

FAX:04-2920-1501