

デイケア利用受付用紙

様
FAX



令和 年 月 日 ()
介護老人保健施設 志村さつき苑
住所 東京都板橋区下 3-7-6
TEL 03-5970-3358 (代)
FAX 03-5970-3368
デイケアスタッフ

当苑デイケアのご利用につきましてご検討いただき誠にありがとうございます。下欄にご記入いただきまして、お送りください。返信欄は当苑にて記入いたします。
何卒よろしくお願い申し上げます。

お名前	<small>※イニシャルでも可</small>	ご住所	<small>※送迎可能な曜日を確認するためにご記入をお願いします</small>	
ご連絡先(ご関係)	()			介護度
担当 ケアマネジャー	事業所名	ご連絡先		
		TEL		
		FAX		
利用希望 (Oを付けて下さい)	曜日	月・火・水・木・金・土 (利用頻度 /週)		
	送迎希望	有(ステップ / 車椅子)		・ 無
	個別リハ希望	有(目的)		・ 無
	入浴希望	有(機械浴 / 個別浴 / 一般浴)		・ 無
	見学希望	有(希望日 /)		・ 無
主病名/その他ご希望等：				
返信欄(志村さつき苑記入欄)				
利用回数	週 ()回	曜日	月・火・水・木・金・土	
送迎	有(ステップ/車椅子) ・ 無	入浴	有(機械/個浴/一般) ・ 待機 ・ 無	
個別リハ	有		・ 無	
見学	有 (/)		・ 無	
備考：				

※介護保険証のコピーを添付し、ご返送をお願いいたします。