

水中運動特化型施設 Do KAWASAKI 利用申込書

ふりがな ご利用者名	様		生年月日	M・T・S	年	月	日	満	歳
住所	〒			電話番号					
希望サービス (○印)	通所介護 ・ 介護予防通所介護(通所型サービス) ・ 短時間通所サービス								
被保険者番号				保険者番号					
介護度	申請中 事業対象者 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5								
認定年月日	平成 年 月 日			有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日				
	氏名		続柄	住所			電話		
第一緊急連絡先									
第二緊急連絡先									
身体状況	歩行	自立 ・ 要介助 ・ 杖使用 ・ 車椅子 ・ その他()							
	排泄	自立 ・ 要介助() ・ おむつ等使用							
	認知症の程度	なし		軽度	中度	重度	不明		
医師の許可	デイサービスに通うことを			止められていない			・ 止められている		
	運動をすることを			止められていない			・ 止められている		
	プールに入ることを			止められていない			・ 止められている		
希望曜日	裏面参照			送迎希望	有 ・ 無				
居宅支援所 または 地域包括 支援センター	事業所名			事業所番号			担当ケアマネージャー		
	住所			TEL			FAX		
備考	ご本人・ご家族の希望、プラン上の注意点等								

受付日	平成	年	月	日	受付担当者				
-----	----	---	---	---	-------	--	--	--	--

水中運動特化型施設 Do KAWASAKI
〒216-0011 川崎市宮前区犬蔵1丁目11-50
TEL 044-920-9595
FAX 044-920-9596
事業所番号 : 1475502108

下記の希望する曜日、時間帯に○を記入して下さい

要介護認定の方・要支援認定の方・事業対象者の方							
	月	火	水	木	金	土	日
午前 (9:00~12:15)							休

要支援認定の方(有効期限によって変わります)・事業対象者の方							
	月	火	水	木	金	土	日
午後 (13:30~15:30)		休					休

開始希望日 平成 年 月 日
