

デイサービス花咲なりひら

◎ご利用相談票 予約票◎

ご希望のサービス	※ご希望のサービスにチェックしてください（複数可）		
	<input type="checkbox"/> 通常利用の介護保険デイサービス 9:00~17:00		
	<input type="checkbox"/> 介護保険外のデイの利用 3,350円~3,900円		
	<input type="checkbox"/> 早朝及び延長利用 7:30~8:59/17:01~19:00 (1時間200円)		
デイ利用ペース	毎日・1週間____日程度・1ヶ月で____日程度		
ご利用開始希望日	令和 年 月 日から		
ご利用者様について	お名前	差し支えなければ_____ 連絡先	
	性別年齢	男性・女性	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
	要介護度	1・2・3・4・5・申請中	
	認知症	なし・軽度・重度・（行動障害等）	
	身体状況		
	特記事項		
在宅状況	おおよその住所	形態	アパート・マンション・戸建て
	子供と同居・夫婦のみの世帯・独居（子供は近隣に居住・子供は遠隔地に居住）		
	公費利用	あり・なし	主な介護者
備考	-----		
担当ケアマネ様	氏名		携帯
	事務所名		電話
	備考		

【お問い合わせ】

デイサービス花咲なりひら

〒130-0002

東京都墨田区業平4-4-17長谷川ビル2階

電話：03-6658-4563

FAX：03-6658-4564

担当：山田

本利用相談票に記入し左記までFAXもしくはお気軽にお電話いただければ幸いです。
弊社担当より折り返しご連絡差し上げます。

お気軽にお問い合わせください！ 全力でサポートさせていただきます！