



FAX番号 03-3935-5790

ゆめの園りふれ若葉デイサービスセンター

ゆめの園りふれ若葉認知症対応型デイサービスセンター 見学・利用申 記入日 年 月 日

込書

利用開始希望日 年 月 日～ 利用希望曜日 ( 月・火・水・木・金・土 ) 認知症対応型は平日のみの営業です。

利用者様名	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和	
	様		年 月 日 ( 歳 )	
住所	〒		電話番号	( )
主介護者	お名前	続柄 ( )	電話番号	( )
			携帯:	( )
病歴			見学希望日時	月 日 ( ) 時 分 自宅
			見学時送迎	希望する ( 車いす 有 ・ 無 ) 希望しない
介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 ・ 区変中			
家族構成			備考	
			※注意事項がありましたらお書きください。	
現在の生活状況	※歩行・立位の状態も教えてください。			
現在困っていること				
デイに望むこと	※本利用になった場合は、入浴は希望しますか? はい ・ いいえ			
依頼事業所様	事業所名	事業所番号		
		ご担当		様
	電話	FAX		

※見学日は入浴はできません。見学のみです。  
 ※見学日前に送迎時間や持ち物などのご連絡いたしますので、  
 ご連絡先をご指定下さい。

社会福祉法人ハッピーネット  
 ゆめの園りふれ若葉デイサービスセンター

電 話 03-3935-5780  
 F A X 03-3935-5790  
 担 当 / 田向・和田 認証対応型/ 菅谷