

株式会社そわか フィットネスの羽
 フィットネスの羽 新規・体験利用申込書

申し込み日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭	年	月	日				
利用者氏名			電話								
住所	〒						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居				
被保険者番号		身障	有 (種 級)		・無	生保	有・無				
要介護状態	事業対象・支援1・2、介護1・2・3・4・5		認定日	H・R	年	月	日				
有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	自己負担額	1割・2割・3割

居宅介護支援事業所名		事業所番号	
担当ケアマネ		電話	
所在地		FAX	

緊急連絡先氏名		続柄	
住所		電話	

医療機関名		主治医氏名	
所在地		電話	
診断名			
医療情報			

利用希望日	週 回 月・火・水・木・金・希望なし	利用時間	午前・午後
送迎	往復 片道(行き・帰り) 不要	入浴	非対応
		運動	有・無

歩行状態	自立・杖・歩行器・装具・装具+杖・車椅子 特記：		
認知症	あり(自立度：)・なし 問題行動：		
食事・更衣・排泄・入浴・移乗等	自立・介助：		

長期目標	
短期目標	

フィットネスの羽：048-884-8233 (FAX)