

オレンジ デイサービス 新規利用者照会票

お問い合わせ日：令和 年 月 日（ ）

貴事業所名： _____ ご担当者様： _____

1. ご利用者様の基本情報

・お 名 前：

・生 年 月 日： 年 月 日（ 歳）

・ご 住 所：

・介護認定の状況： 要 支 援 1・2 要 介 護 1・2・3・4・5

・食形態（該当するものに印をつけてください）

米 飯	・	軟 飯	・	全 粥	・	7 分 粥	・	5 分 粥	・	3 分 粥
常 菜	・	一 口 大	・	き ざ み	・	ペ ー ス	ト			
その他制限食（ ）										

・アレルギーの有無： あり ・ なし

（食物・薬剤アレルギーのある方は下欄にご記入ください）

--

2. ご利用予定日（ご希望される曜日すべてに○をつけてください）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
デイサービス					

3. 備考欄（特記事項がある場合は下欄にご記入ください）

--

下記に FAX を送付していただきますよう、よろしくお願いいたします。

ご不明点等ございましたら、お気軽にお問い合わせください。

オレンジデイサービス（事業所番号：0890200538）

日立市大みか町 3-16-23

TEL：51-0408 FAX：51-1235