

(令和3年4月以降申込用)

吉田町健康わくわくデイサービス（通所型サービスA）参加申込書

令和 年 月 日

フリガナ 氏名		満年齢	明治 年	男・女
		歳	大正 月 昭和 日生	
住所	〒 (電話)			
サービス（送迎等）の連絡先	☐ 本人 ☐ 本人以外（氏名 電話 ）			
緊急	（氏名）（本人との続柄）			
連絡先	（住所）（電話番号）			

あてはまるものに☑をつけてください。

1 参加を希望するサービス

- ☐通所型サービスA（いきいきセンター半日型） → ☐午前中 ☐午後
☐通所型サービスA（いきいきセンター1日型） ※どちらかに☑をつけてください
☐通所型サービスA（はあとふるパワリハA）
☐通所型サービスA（おいしい集いA）

2 参加に当たり自宅から会場までの送迎を希望しますか？

- ☐希望する
☐希望しない

3 介護の認定状況

- ☐要支援1 ☐要支援2 ☐事業対象者

4 かかりつけ医師・歯科医師はいらっしゃいますか？

- ☐いる 医院（診療所）名（ ）
歯科医院名（ ）
☐いない

5 サービス利用時に入浴サービスを希望しますか？

- ☐希望する
☐希望しない

※北区いきいきセンター、はあとふるパワリハAでのサービスでは利用できません

吉田町健康わくわくデイサービス（はあとふるパワリハA）に参加希望の方は裏面へ

1日型は、利用料とは別に昼食代や外出時の諸費用（外食代等）が必要になります。

（令和３年４月以降申込用）

なお、心身の状態に応じて地域包括支援センターへ情報提供を行いますので、あらかじめご了承ください。

※吉田町健康わくわくデイサービス（はあとふるパワリハA）に参加希望の方のみお答えください。

①かかりつけ医師に教室（リハビリテーション）についてお話をし、了解を得ましたか？（全員）

☐得た ☐得てない→教室参加までに、かかりつけ医師に了解を得てください。

②別紙の「運動プログラム参加に係るチェックシート」に回答してください。（全員）



《回答の結果》

3か月以内に1週間以上にわたる入院をされた方、かかりつけ医等から日常生活上の活動について制限をされている方、最近6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こした方、その他医師に確認が必要と思われる方は、医師の診断書（診療情報提供書）を提出してください。