

曙光園ご利用お伺い書

曙光園ご利用につきまして、下記の通りお伺いいたしますので、ご回答の上、FAX にてご返送をお願いいたします。質問事項につきましては、当てはまるものにチェックをご記入ください。

ご住所

お名前

ご連絡先 電話番号

FAX 番号

E-Mail:

【ご利用資格につきまして】（当てはまるものにチェック：曙光園ご利用の前提条件です。）

- 身体障害者手帳を保持し、現行の障害程度区分で「区分4」以上を認定されている
- 居住地の区市町村に、利用したいサービスの支援費支給申請を行い、支給決定を受けて「障害福祉サービス受給者証」の交付を受けている

【園内での生活につきまして】

（1）現在の健康状態はいかがですか？（どちらか片方にチェックしてください）

- 良好 体調不良 理由（ ）

（2）現在かかっている病気はありますか？（どちらか片方にチェックしてください）

- ない ある 病名（ ）

（3）現在常用しているお薬はありますか？（どちらか片方にチェックしてください）

- ない ある 薬の名前（ ）
服用の間隔はどのくらいですか？
（ ）

【その他】

特に気になることやご不明な点、ご質問などがございましたら以下にご記入ください。