

# デイサービス連絡帳

サンプル(13) 【事業所名】

様 年 月 日 ( )

確認印

ご家族より ( 年 月 日)				サイン
1日のご様子				サイン
看護師より				サイン
体温	脈拍	血圧	食事摂取量	
口腔ケア	有 ・ 無	レクリエーション	主食	副食
入浴	有 ・ 無		今日のおやつ	
機能訓練	有 ・ 無			
1.	上肢筋力	4.	円背予防	7.
2.	下肢筋力	5.	バランス	8.
3.	失禁予防	6.	柔軟	9.
次回ご利用日：平成 年 月 日 ( ) お迎え時間				頃

※諸般の事情により送迎時間に多少のズレがあることをご了承下さい。