

デイサービス連絡帳

サンプル(13)【事業所名スペース】

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：令和 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。