

デイサービス連絡帳

様 年 月 日 ()

確認印	
-----	--

ご家族より (月 日)	施設より
--------------	------

体温	血压 /	脈拍
機能訓練	その他	おやつ等
歩行訓練		
マシン		
階段昇降	1. 上肢筋力	4.
バイク	2. 下肢筋力	5.
バランス (転倒予防)	3. 柔軟	6.
次回ご利用日：令和 年 月 日 () お迎え時間 頃		