

通所リハビリテーション体験利用申し込み

申し込み日 年 月 日

ご利用者	ふりがな 氏名						男 女
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	(歳)	
	住所	〒					
	電話						
ご連絡先	氏名	(続柄)					
	住所	〒					
	電話	自宅				携帯	
現在の状況	1 自宅 2 病院入院中 病院名 () 3 施設入所中 施設名 ()						
要介護度 有効期限	要支援 1 2	要介護度 1 2 3 4 5			平成 年 月 日 ~ 年 月 日		
主治医 (かかりつけ医)	病院名 主治医 病名 () 服薬 有・無						
居宅介護支援事業所	事業所名 担当ケアマネジャー						
他介護保険 サービス利用 状況	<input type="checkbox"/> デイケア				<input type="checkbox"/> 福祉用具		
	<input type="checkbox"/> デイサービス				<input type="checkbox"/> ショートステイ		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ				<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護				<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護				<input type="checkbox"/>		

ご利用希望日

① 第1希望 年 月 日 () ② 第2希望 年 月 日 ()

③ 送迎希望 有 無 ④ 入浴希望 有 無

⑤ 体験時の注意事項をご記入ください(入浴時など)

()

お申し込みありがとうございます。上記部分とアンケート(別紙)をご記入くださいませ。

当施設記入欄

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 利用可 ① or ② | <input type="checkbox"/> 送迎時間 | <input type="checkbox"/> 書類確認 |
| <input type="checkbox"/> 利用不可 | 迎え : | <input type="checkbox"/> 申込書 |
| <input type="checkbox"/> 連絡 | 帰り : | <input type="checkbox"/> アンケート |
| | | <input type="checkbox"/> 介護保険証コピー |
| <input type="checkbox"/> 利用開始 | 有 年 月 日から | 月 火 水 木 金 土 |
| | 無 (理由) | |

そのだ介護老人保健施設