

見学申込書  
体験申込書

短時間デイケア担当者 行

ゆうあい通所リハビリセンター

TEL 0274-67-7665 FAX 0274-67-7666

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ		性別	生年月日		
氏名:	様	男・女	M・T・S	年	月 日 ( )歳
住所:〒			電話: ( )		
事業者名:			電話: ( )		
ケアマネジャー氏名:			FAX: ( )		
主治医:		病院	科	先生	
主治医:		病院	科	先生	
傷病名(脳梗塞・骨折等)や障害名(麻痺・歩行)		発症日	合併症・禁忌		併発日
要介護度		サービス利用状況			
要支援 1 2		(地域密着型)通所介護 訪問介護 訪問リハ・通所リハ 訪問看護			
要介護 1 2 3 4 5		その他:			
介護申請 初・更新					
身体状況:✓をお願い致します 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助あり 補助具の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 装具 )					
疼痛の有無について(○をつけてください) ( 無 有 ) →有の場合の部位( )					
リハビリの目標			日常生活で困っていること		
希望日: <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金			送迎の希望:		
希望時間: <input type="checkbox"/> 9:30 <input type="checkbox"/> 11:00 <input type="checkbox"/> 14:00 <input type="checkbox"/> 15:30			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (人数: ) (続柄: )		

※見学希望日、送迎についてはご希望に添えない場合もございます。ご了承下さい。

※体験の場合、体験日の状況により体験できる内容が変更になる場合がありますのでご了承ください。