

ゆうあい通所リハビリセンター 申込書

申込日: 年 月 日

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

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
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 要介護 1 2 3 4 5	(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 その他:		
介護申請 初・更新			
身体状況:✓をお願い致します 移動:□自立 □見守り □介助あり 補助具の使用:□有 □無(□杖 □歩行器 □シルバーカー □車椅子 □装具) 座位:□自立 □見守り □介助あり トイレ: □自立 □見守り □介助あり			
認知症状:		同居家族:	
リハビリの目標		日常生活で困っていること	
利用希望日 : □月 □火 □水 □木 □金 利用希望時間 : □ 9:00~10:30 □ 10:30~12:00 □ 13:30~15:00 □ 15:00~16:30 利用希望回数 : 週()回			送迎の希望: □有 □無

※利用希望日、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。