

通所リハビリテーションまえはら体験利用申込書

*体験時間は1時間程度となります

フリガナ
利用者氏名： _____ 様 (男・女)

生年月日： M・T・S 年 月 日 歳

介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

住所： _____

電話番号： _____

緊急連絡先 氏名： _____ TEL： _____ 続柄： _____

体験利用希望日 第一希望 令和 年 月 日 ()
(時間; : ~ :)
第二希望 令和 年 月 日 ()
(時間; : ~ :)
第三希望 令和 年 月 日 ()
(時間; : ~ :)

送迎の希望：(希望する / 希望しない)

*希望日が多いほど、送迎はスムーズとなります。希望する曜日・日時によっては送迎が困難な場合がございます。

担当介護支援専門員 所属：
氏名：
連絡先：

主病名	
麻痺・拘縮等	麻痺(有・無) 拘縮(有・無) 意思疎通(可・不可)
既往歴(特記事項)	
排泄	リハビリパンツ・オムツ・パット・布パンツ 尿意・便意 有・無(常時失禁あり・時々失禁あり)
移動手段	自立・見守り・一部介助・全介助 独歩・つたい歩き・ 杖・歩行器・車いす(自操・介助)

通所リハビリテーションまえはら