

見学・体験申込書

【宛先】
田場医院 短時間通所リハ「朝」 担当者行
FAX 079-564-7774



【送信者】	【送信日】
事業所名	月 日
担当者	

フリガナ		性別	生年月日	年齢
利用者氏名		男・女	T 年 月 日 S	歳
利用者住所	〒		電話	
			携帯	
フリガナ		続柄	緊急連絡先	
家族氏名			電話	
			FAX	
居宅介護支援事業者（事業所番号）			担当介護支援専門員	
TEL				
かかりつけ医療機関			主治医名	
TEL				
現在の病状及び病歴				
利用目的及び希望（本人/家族）				
送迎について <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし （本人運転 家族送迎）				
その他サービスの利用状況				

本人の状況	言語表出	できる	少しできる	できない	他（	）
	言語理解	ある	少しある	ない	他（	）
	移動	自立	一部介助（		全介助（	）
	排泄	自立	一部介助（		全介助（	）
	更衣	自立	一部介助（		全介助（	）
	福祉用具使用	外出時 ⇒ 装具	1本杖	4点杖	歩行器	車いす

介護認定	支援1	支援2	要介護（	）	新規申請中
	負担割合（ 1割 ・ 2割 ・ 3割 ）				
認定有効期間	年	月	日	～	年 月 日

見学/体験 希望日	1.5/2.5H	午前 午後	月	火	水	木	金	土
			月	火	水	木	金	土

※ 見学/体験、1.5/2.5H それぞれ丸で囲んでください。

※ 希望曜日はなるべく複数回答をお願いします。 調整後折り返しご連絡致します。