

通所リハビリテーション(デイケア)「おためし体験」申込書

可児とうのう病院長 様

通所リハビリテーション(デイケア)お試し体験の基本を理解した上で申し込みをいたします。

平成 年 月 日

申込者 印 (利用者との関係)

利用者氏名	生年月日		年 月 日生 (歳)	
住所	〒			
電話				
緊急時の連絡先	氏名	TEL	携帯	
	おためしの時間帯に連絡が可能なところをご記入ください			
要介護度	申請中 ・ (要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)(要支援 1 ・ 2)			
居宅介護支援事業所	担当ケアマネ			
ご利用希望日	平成 年 月 日 ()	送迎の希望	有 ・ 無	
食事形態	主食(普通 ・ 軟飯 ・ お粥 ・ ミキサー) 副食(普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー)			
治療中の病気				
内服薬	(内服薬をお見せください)			
移動	自立歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器歩行 ・ 車椅子 (要介助 ・ 見守り ・ 自立)			
排泄	自立 ・ 見守り ・ 要介助			
備考				

可児とうのう病院附属介護老人保健施設 通所リハビリテーション(デイケア)

TEL (0574)25-1717 FAX (0574)28-6470

施設長	副施設長	師長	管理係	デイ