

通所リハビリテーション ケアコートもりおか 体験・利用申込用紙

FAX: 019-613-2505

黄色の枠にご記入頂き、上記番号までFAXにてお知らせください。

申込日	令和 年 月 日 (曜日)								
申込者	居 宅							事業所電話番号	
	ケアマネ							- -	
申込内容	体 験 本 利 用								
利用者情報									
利用者名	ふりがな						年 齢	歳	
							性 別	男 女	
介護度	申請中	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	
※注意：申請中の場合は、『申請中』と認定見込の介護度に○印をご記入ください。									
住 所									
連絡先	続柄()								
体験希望日	令和 年 月 日 (曜日)								
希望時間帯	2-3h(9:30~11:31)		3-4h(13:30~16:31)			5-6h(10:30~15:31)			
	6-7h(9:30~15:31、10:30~16:31)				7-8h(9:30~16:31)				
	※2-3h、3-4hの新規受付は言語療法希望の方のみ、受け付けております。								
本利用開始日	令和 年 月 日 (曜日)								
利用予定	毎 週	隔 週	不定期：			月	火	水 木 金	
既往歴・現病									
同居者の有無	独居・同居(親 夫 妻 子 孫)					キーパーソン			
ADL状態	食 事	自立	一部介助	全介助					
	入 浴	自立	一部介助	全介助(座位式浴槽 臥床式浴槽)					
	排 泄	自立	一部介助	全介助(リハパン オムツ 尿バック)					
	屋内移動	自立	一部介助	全介助					
	福祉用具	なし	杖	歩行器	シルバーカー	車椅子			
利用サービス	なし	デイケア	デイサービス	訪問看護	ヘルパー	ショートステイ	入院中		
特 記 事 項									

※お願い：その他、基本情報等がございましたら、本紙にあわせてお送りください。