増田整形外科クリニック デイケア・デイサービス体験申し込み書

FAX:072－331－9066　　TEL:072－331－9060　　**担当**　　**連絡済み**

年　　月　　日

事業所名：

事業所番号：

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

担当ケアマネージャー：

希望される施設 （希望される方に〇）	増田整形外科クリニック　／　MDKリハビリセンター （デイケア）　（デイサービス）

利用者様の情報

氏名	様	M・T・S・H　年　月　日生（　歳）		
住所				
電話番号	-　-	キーパーソン （続柄/電話番号）		
同居家族		負担割合	２割　・　１割　・　生保	
要介護度	要支援1 2 要介護1 2 3 4 5	老人医療受給者証：有（　割）・無		
		身障者手帳：有（　級）・　無		
ＡＤＬ	トイレ動作：自立・部分介助・全介助　室内移動：歩行自立・車いす自立・介助			
現疾病・既往歴：		加圧トレーニング （既往に脳疾患ある方は特に）	可　・　不可	
医療機関名：		主治医名：		
現在の状態：				

現在受けられているサービスの日時等

	日	月	火	水	木	金	土
午前							
午後							

備考欄（リハビリ内容への要望・希望回数・希望曜日など）

加圧リハビリセンター・ＭＤＫ利用欄

担当者	体験日時	
	月　日 ：　～	

*体験申し込み用紙は記入の上、FAXにて返信お願いします。確認後、電話にて日程など相談させていただきます。