

**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○)	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	フリガナ	様	男 / 女	生年月日	T・S	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	事業対象者 要支援1 2 要介護1 2 3			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・介助 室内移動：歩行自立・歩行介助 (杖 or 歩行器)							
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：				
増田整形外科クリニックへの通院歴				( 有り 無し )				
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。