

増田整形外科クリニック

デイケア・デイサービス・通所介護A 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 / (デイケア)	MDKリハビリセンター / (デイサービス)	リハビリジム (通所介護A)
-----------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------

利用者様の情報

氏名	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にて返信をお願いします。確認後、電話にて日程など相談させていただきます。