

東整形外科クリニック 通所リハビリテーションセンター 体験申込書

(2018年 改訂)

TEL:045-431-2511

FAX:045-431-2512

申し込み日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名 男・女	大正・昭和 年 月 日 (歳)
<介護度> 要介護 1 2 3 4 5	
<住所> 〒 _____ TEL: _____	
主病名(症状): _____ 移動手段: 独歩・杖・車椅子・その他	
既往歴: _____	
主治医: (主治医意見書、主治医・前医からの報告書などがありましたらご持参ください)	
希望 <回数> 週1回 週2回 その他() <曜日> 月 火 水 金 ※体験料 1,000円 (お弁当代、送迎付き) ※体験当日、事前診察(医療保険)があります	<体験利用希望日> 希望日 月 日 弁当希望 <input type="checkbox"/> あり・なし ※お食事は基本的に皆様に召し上が っていたいております。
現在利用中の介護サービス(内容・曜日)	
家族構成、ご本人の生活歴、性格、精神状況、その他問題点について	
医師の指示のもとでリハビリ計画をたてます。 体験利用や体験時診察は必須であることをご了承ください。	
緊急連絡先	氏名 _____ 利用者との関係() 住所 _____ TEL: _____
指定居宅介護 支援事業所	名称 _____ TEL: _____ FAX: _____ 事業所番号: _____ 担当ケアマネージャー: _____

東整形外科クリニック 通所リハビリテーションセンター
 事業所番号 1470902014
 TEL:045-431-2511 FAX:045-431-2512

〒222-0011 横浜市港北区菊名 2-25-1