体験利用申し込み用紙

　　　　　　　　　　　リハビリデイサービスりんごの樹

　　　　　　　　　　　FAX　０７２－９４０－７２４５

ご希望体験日　　　　年　　　月　　　日（　　　）　　午前　　　午後

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 | 　　　　　　　　　　　　要支援　　　　　　　　　　　　　　要介護 | 生年月日 | 大　昭　　年　　月　　日（　　　歳）　男　　女 |
| 住所 |  | TEL |  |
| 連絡先 | 1. 名前
 |  | 続柄 | 連絡先 |  |
| 1. 名前
 |  | 続柄 | 連絡先 |  |
| かかりつけ医療機関 |  | 主治医 |  |
| 連絡先 |  |
| かかりつけ医療機関 |  | 主治医 |  |
| 連絡先 |  |
| ADL | 移動 | 自立　　　 | 一部介助　　　　 | 全介助　　　 |  |
| 立位 | 自立 | 一部介助 | 全介助 |  |
| 排泄 | 自立 | 一部介助 | 全介助 |  |
| 特記 |  |
| 意思疎通 |  | 周辺行動 |  |
| 病歴 |  |
|  |
|  |
| 家族構成 | 生活状況 |  |
| 服薬状況 |  |
| 本人・ご家族の希望 |  |
| 特記事項 |  |

貴事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

ご担当者様

ご希望利用日　　　曜日　　　　　午前　　　　午後