

一日体験利用申込書

通所リハビリテーション 葵の園・上越 の一日体験利用を申し込みます。

申込日 年 月 日

利用者氏名	様 (歳)
介護保険情報	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 新規申請中 区分変更中 (見込)
連絡先 ※体験について確認のお電話は①の方におかけします。	①氏名 様 続柄 () 電話 () ※緊急時の連絡先 ②氏名 様 続柄 () 携帯電話 ()
体験希望日	年 月 日 ()
健康状態と経過	原因疾患・発症日 経過
移動	独歩 ・ 杖 ・ 4点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 ふらつき あり ・ なし
入浴	希望する (一般浴 ・ 家庭浴 ・ チェア浴) 希望しない
排泄	失禁 あり ・ なし (布パンツ ・ 紙パンツ ・ パット)
コミュニケーション	良好 工夫が必要： 聴力障害 視力障害 認知症状 その他 ()
担当ケアマネージャー	事業所名： 担当 CM：
かかりつけ医	医療機関名： 主治医：

※ケアマネージャー様へ お申込み確認後、担当者からご利用者様へ確認のお電話（持ち物やお迎え時間等のご連絡）をさせていただきます。

葵の園・上越 通所リハビリ

TEL：025-531-1010 FAX：025-531-1021