体験利用申込書

通所リハビリテーション　葵の園・長岡　の体験利用を申し込みます。

体験希望日　＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日

利 用 者 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（＿＿＿＿歳）

代 理 人 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※あてはまるものに○をつけてください。

- 利用日の希望　【送迎】　迎え希望　・　送り希望　・　なし
  【食事（別途：680 円)】　希望　・　なし
  【入浴】　希望　・　なし
  【個別リハビリの体験】　希望　・　なし
- 食べ物でのアレルギー　なし　・　あり（　　）
- 食事形態　【主食】　ご飯　・　おかゆ
  【副食】　常食　・　きざみ　・　ペースト状
- 介護保険の認定　【要支援】　1　・　2
  【要介護】　1　・　2　・　3　・　4　・　5
- 居宅介護支援事業所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
  担当ケアマネージャー：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
- 主治医　（　　）

通所リハビリテーション　葵の園・長岡
TEL：0258-24-1100
FAX：0258-24-2255