

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。

申込日 年 月 日

利用者氏名	(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)
緊急連絡先	氏名 様 続柄 () () -
体験希望日	希望日 年 月 日 1 日利用希望 AM のみ利用 PM のみ希望 その他 ()
送迎	迎え希望 (:) 送り希望 (:) 送迎無し (家族送迎) 朝到着 : 迎え時間 :
入浴	一般浴希望 チェア浴希望 希望なし
個別リハビリ	体験希望 (希望内容) 希望なし
食事 (別途 : 680 円)	希望あり【主食】ご飯・おかゆ 【副食】常食・きざみ・ペースト状 希望なし
アレルギー・禁食	あり () なし
必要な介助等	あり () なし
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

* 担当ケアマネ様へ 介助方法等確認の為、フェイスシート等を添付していただけますと助かります。

通所リハビリテーション 葵の園・長岡

TEL : 0258-24-1100

FAX : 0258-24-2255