

通所リハビリテーション山咲苑 体験利用申込書

居宅介護支援事業所		TEL	
担当者名		FAX	

フリガナ		生年月日	年	月	日
利用者名	様	男・女	要支援 (□1・□2) 要介護 (□1・□2・□3・□4・□5)		
住所			駐車所	□あり □なし	
病名					
利用希望の経緯					
目標					
希望曜日	□月 □火 □水 □木 □金	希望時間	□9時30分～15時40分 □9時30分～11時40分・□13時50分～16時		
備考					
添付書類	□基本情報 □その他				
ADL状況	【◎自立 ○見守り △一部介助 ×全介助】()内に、左記の記号をご記入ください 歩行【独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車いす()】 移乗() その他()				
その他	送迎は家族様でお願いしております。 基本情報のFAXをよろしくお願いいたします。				

上記申し込みに対して下記の通り回答します。

受付日: 年 月 日

担当:

通所リハビリテーション 山咲苑

TEL: 0596-23-8000 / FAX: 0596-63-8200

E-mail: d-care@yamasakien.biz

体験利用日	年 月 日 ()		
提供時間	□9時30分～11時40分 □13時50分～16時 □9時30分～15時40分		
事業所番号	2450880014		
サービス内容	身体機能・ADLの評価 リハビリテーション ※体調に合わせて無理のない範囲でリハビリを行います。		
持ち物	お薬 食事代金720円(6-7時間) 着替え(入浴される方で必要な方) オムツ等 中履き	動きやすい服装 ※貴重品ロッカーはありません	

体験利用後、通所リハビリテーション山咲苑のご利用を希望する際は再度ご連絡ください。