

令和 年 月 日

介護老人保健施設 真秀ら
 電話:072-259-0803
 FAX:072-259-0813

貴事業所名
 ご担当者様
 TEL
 FAX

真秀ら 通所リハビリテーション 申込み書

フリガナ			生年月日	
利用者氏名			M T S	年 月 日
住所			(歳)	
電話番号		要介護度	要支援・要介護	1 2 3 4 5 申請中
身体の状況	内服薬：無し 有() 食事形態：主食 ①普通食 ②粥 副食：①普通 ②刻み ③ペースト 食品アレルギー：無し 有() 感染症：無し 有()			
留意事項	(ADL状況・感染症など)			
希望日	年 月 日 曜日			
送迎	往復	往のみ	帰りのみ	不要
昼食	要 (600円必要)		不要	
入浴	要 不要			
利用目的				

緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所			
	電話		携帯電話	

注意事項

- ①昼食を召し上がられる方は、600円が必要です。
 - ②昼食準備の都合がありますので、体験利用を中止される場合は出来るだけ早めにご連絡下さい。
 - ③持ち物 上履き、薬(食前・食後・目薬・塗り薬など)、歯磨きセット、食食用自器具
 バスタオル、タオル、着替え(上着・下着など)、
 紙パンツ、パット(必要な方は予備もご持参ください)
- ※体験時のリハビリは見学、説明のみになります。ご了承ください。