

令和 年 月 日

## ◎ 見学予約票 ◎

|                                       |  |                                    |                 |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|
| ご利用開始希望日                              |  | 令和 年 月 日 ( ) 頃から                   |                 |
| ご利用者様<br>について                         | お名前  | 様                                  | 連絡先:            |
|                                       | 性別年齢   | 男 ・ 女                              | 生年月日 S . . ( 歳) |
|                                       | 要介護度   | 要支援 1・2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5      |                 |
|                                       | 認知機能   | 低下なし ・ 軽度 ・ 重度 (精神・行動障害等)          |                 |
|                                       | リハ導入に関して                                       | ご本人様の希望 ・ ご家族様がリハ希望 ・ 他 ( )        |                 |
|                                       | 身体状況等  | 現病:<br><br>既往歴:<br><br>服薬状況: (有・無) |                 |
| 特記事項                                  | 車椅子の利用状況 (有・無)   車の乗降 (自立・一部介助・全介助)<br>その他:    |                                    |                 |
| 在宅状況                                  | 住所   | 形態                                 | アパート・マンション・戸建て  |
|                                       | 子供/両親と同居 ・ 夫婦のみの世帯 ・ 独居 (家族は近隣に居住 ・ 家族は遠隔地に居住) |                                    |                 |
|                                       | 公費利用   | あり ・ なし                            | 主な介護者 ( )       |
| ご希望の<br>利用時間                          | <input type="checkbox"/> 午前の部 9:00 ~ 12:15     |                                    |                 |
|                                       | <input type="checkbox"/> 午後の部 13:30 ~ 16:45    |                                    |                 |
| ご利用予定曜日 ( 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ) |  |                                    |                 |
| 利用ペース                                 | 1週間で____日くらい ・ 1ヶ月間で____日くらい                   |                                    |                 |
| 質問事項                                  |  |                                    |                 |
| 担当<br>ケアマネ様                           | 氏名   |                                    | (携帯)            |
|                                       | 事業所名   |                                    | (電話)            |
|                                       | その他  |                                    |                 |

見学票にご記入いただきFAX、もしくはお気軽にお電話をいただければ幸いです。

### 対象者

- ◆ ADLが自立されている方
- ◆ トイレ動作が自立されている方
- ◆ HDS-R (認知症検査) で20点以上の方



### 【お問い合わせ】

フィリア両国リハビリケア

〒130-0025

東京都墨田区千歳2-13-4シティハイツ秋山1F

電話 03-6240-2595

FAX 03-6240-2596

担当 濱 百合子 (ハマ)



当施設では、社会復帰・復職を目指す方へのサポート体制を主としております。  
認知症、重度の要介護状態のご利用者様は、維持期リハビリテーションを対象としている『おれんじデイ墨田(デイサービス)』へお問い合わせくださいませ。