

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 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: 既往歴: 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) 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 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 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



PHYREA

【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。