

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)	
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自立レベルの方

- ◆屋内独歩可能レベル
- ◆トイレ自立レベル
※整容設備が無いため
- ◆HDS-R(認知症検査)で20点以上の方
※各自マシン移動など自主的に実施して
いただくため、指示入力可能な方

 **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(ハマ)、横山(ヨコヤマ)

