

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

※整容設備が無い場合

◆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)

