

令和 年 月 日

◎ 見 学 予 約 票 ◎

※見学は、祝日を除く 月曜日・火曜日・金曜日に承っております。

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	☐ 午前の部 9:00 ~ 12:15		
	☐ 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		(電話)
	事業所名		(FAX)
	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)

