

# 辻外科リハビリテーション病院デイケア 見学・体験 申込書

フリガナ	性別	生年月日	介護区分
氏名	男 女	明・大・昭 年 月 日生 (満 歳)	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
住所 〒		(送迎時TEL)	
連絡先 氏名		(続柄)	
住所		(TEL)	
診断名			
その他疾患・既往歴			
支援事業所名		(TEL)	
担当者名		(FAX)	
利用者様の状況			
①移動動作であてはまるものに○で囲って下さい			
一人で歩ける ・ 付き添いが必要 ・ 主に車いす ・ その他( )			
②移動する際に必要なものを○で囲って下さい			
なし ・ 杖 ・ 押し車 ・ その他( )			
③困っている日常生活動作を○で囲って下さい			
食事 ・ 整容(歯磨き・顔を洗う等) ・ 入浴 ・ 更衣 ・ トイレ ・ 階段 ・ 車いすへの乗降 外出 ・ 家事動作 ・ 買物 ・ 地域活動への参加 ・ その他( )			
①どちらかを○で囲って下さい。見学希望 ・ 体験希望 ※体験希望の方、送迎あり ・ 送迎なし			
②体験希望日 第一希望 月 日 第二希望 月 日			
③利用目的 <input type="checkbox"/> 日常生活動作や体力の維持向上 <input type="checkbox"/> 外来リハビリからの移行 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会参加 <input type="checkbox"/> その他( )			
備考(運動や送迎に関する留意点等)			
		同行者あり ・ 同行者なし 続柄 ( )	
利用希望日 週		回 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 AM ・ PM	

医療法人歓喜会 辻外科リハビリテーション病院 デイケア  
〒543-0072 大阪市天王寺区生玉前町3-27  
TEL(06)6776-1263 FAX(06)6776-1273