



のぞみリハビリテーション 宛 FAX:048-711-2405

TEL:048-711-2401

通所介護・総合事業・自立訓練(機能訓練)見学(利用)申込書

ご記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	
氏名				年 月 ( ) 歳	
住所	〒	電話番号	自宅		
			携帯電話		
			緊急連絡先		
支援事業所	<ご担当者様>	電話番号			
		FAX番号			
		事業所番号			
既往歴			<家族構成>		
要介護認定	事業対象者・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・申請中 ( 見込み )				
障害者手帳等	身体 ( 級 ) ・療育 ( ) ・精神 ( 級 ) ・難病 ( 区分 )		障害支援区分	なし ・ あり ( 区分 )	
ADLについて	移動	独歩・杖・4点杖・シルバーカー・歩行器・車いす・その他 ( )			
	排泄	自立・一部介助・全介助・その他 ( )			
	入浴	自立・一部介助・全介助・その他 ( )			
ご希望の内容	入浴	PT・OT・ST	マシントレーニング	その他 ( )	
ご希望利用日	午前・午後	月・火・水・木・金・希望なし ( 週 回 )			
特記事項					
見学希望日	月 日 ( ) 曜日		時 分	お迎え ・ ご来所	

※見学時は入浴はございません。ご了承下さい。

ご記入・お申込み頂き有難うございます。当日は宜しくお願い致します。

※本様式およびパンフレットはホームページにも掲載しております。ご活用くださいませ。

(ホームページアドレス: <http://wantstaff.net>)