

通所リハビリテーション（デイケア）「おためし体験」申込書

みえ呼吸嚥下リハビリクリニック 院長 様

通所リハビリテーション（デイケア）おためし体験の基本を理解したうえで申し込みをいたします。

年 月 日

申込者 _____ 印（利用者との関係 _____）

利用者氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳）
住所	〒		
電話			
緊急時 連絡先	氏名	TEL	携帯
	ご利用時間帯に連絡が可能なところをご記入ください		
要介護度	申請中 ・ （要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5）（要支援 1 ・ 2）		
居宅支援 事業所		担当ケアマネ	
ご利用 希望日	年 月 日（ ）	送迎希望	有 ・ 無
食事形態	主食（普通 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ペースト） 副食（普通 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ペースト）		
水分	フリー ・ とろみ（うすとろみ ・ 中とろみ ・ 濃いとろみ）		
治療中の 病気			
内服薬	（内服薬をお見せください）		
移動	自立歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器歩行 ・ 車椅子（要介助・見守り・自立）		
排泄	自立 ・ 見守り ・ 要介助		
備考			

みえ呼吸嚥下リハビリクリニック

（通所リハビリテーション） デイケアみえ

TEL(0595)84-3536

FAX(0595)84-3528

院長	看護	リハビリ	総務