

## いっしん整形外科 リハビリセンター 体験利用申込書

利用者様	フリガナ 氏名 様	男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日生まれ ( 歳)				
	住所		TEL 自宅	-	-		
家族様	氏名 様	続柄	TEL 自宅	-	-		
	住所		備考欄				
要介護度：要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			負担割合：1割 2割 3割 生保				
認定の有効期間： 年 月 日～ 年 月 日 (申請中の場合： 月 日申請)							
かかりつけ 医療機関	医療機関名：		担当医：				
			TEL： - -				
現病・既往歴など：							
現在の 状況	視力：【左・右】【支障あり・なし】		聴力：【左・右】【支障あり・なし】				
	言語：【可・少し不自由・不自由・不可】【構音障害・失語症】						
	話の理解：【可・やや困難・不可】		認知症：【重度・中等度・軽度・なし】				
	麻痺：【有・無】		拘縮：【有・無】		感染症：【有・無】		
	移動 室内：【自立・一部介助・全介助】			トイレ：【自立・一部介助・全介助】			
	屋外：【自立・一部介助・全介助】						
その他特記事項：							
希望の曜日・時間帯に○をご記入お願いします。							
利用 時間	A	① 8:50～10:10					
	M	② 10:50～12:10					
	P	③ 13:40～15:00					
	M	④ 15:40～17:00					
送迎の希望：希望する ・ 利用者様側で通所できる							
その他要望等：							
居宅介護支援事業所			電話番号 - -				
担当ケアマネージャー			FAX番号 - -				

FAX番号 06-6703-3227

いっしん整形外科リハビリセンター 宛て

〒547-0021

大阪市平野区喜連東5丁目16番22号2階

TEL 06-6703-3220

事業所番号2715809154