

やまゆりの園 通所リハビリテーション 利用申込者

受付日 平成 年 月 日

利用者	フリガナ	男	明治・大正・昭和			
	氏名	女	年	月	日生	歳
	住所					
居宅	事業所					
	ケアマネ					
介護度	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	認知症	有 無		
麻痺	有 無 ()	歩行状況	独歩	杖	歩行器	車椅子 シルバーカー
希望するサービス内容						
希望利用曜日	月 火 水 金 土					
利用時間	一日	半日	(AM ・ PM)			
送迎車利用	希望あり	希望なし(自家用車等利用)				
入浴	希望あり	希望なし				
食事	希望あり	希望なし				
短期集中(個別)リハビリ	希望あり	希望なし				
疾患・既往歴						
利用する理由						