

ASMOリハビリテーション（本利用・3時間体験）利用申し込み書

年 月 日

フリガナ			性別	M T S	生年月日	年 月 日	歳
ご利用者様氏名							
ご利用者住所 <small>マンション・団地名まで ご記入ください。</small>				電話番号			
要介護度	要介護	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)	要支援	(1 ・ 2)			
居宅支援事業所名				ご担当者名	様		
病 歴	現在かかっている大きな病気等			今までにかかった大きな病気等			
	病名	発症年月日	病名	発症年月日			
主治医	医療機関名	担当医	医療機関所在地	電話番号			
緊急連絡先	名前	続柄	住所	電話番号			

日常生活について

ご利用目的			服薬情報	お薬手帳のコピー等でも結構です。		
移動手段	(独歩 ・ 杖 ・ 車いす)		認知症	(有 ・ 無)		

ご利用にあたり

ご利用時間	午前:9:00~12:30 ・ 午後:13:30~17:00	入浴の有無	有 ・ 無 *本利用時のみ可能		
食事の有無	有 ・ 無 *午前のみ可能	送迎の有無	有 (送 ・ 迎) ・ 無		
ご希望曜日	午前 午後	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金	特記事項		

当社記入欄

最終決定日時 月 日 時 分 迎え 備考 ※体験時お食事希望の方のみ食事代600円ご持参下さい。