

■■■リハラボ高井戸（見学・利用）申込書■■■

<利用者様情報>

日付： 年 月 日

氏名	様	性別	男女	生年月日	M・T・S 年 月 日 歳
----	---	----	----	------	---------------

介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	有効期間	年 月 日
	被保険者番号		～ 年 月 日

住所	〒	電話：
----	---	-----

連絡先	様	続柄	電話	()
-----	---	----	----	-----

現在の状況	
-------	--

現病既往		主治医	
------	--	-----	--

服薬等	
-----	--

希望見学日	月 日 () 時	同行者	無 ・ 有 ()
-------	-----------	-----	-----------

ADL等	歩行	自立 一部介助 全介助	認知症	なし 軽度 中度 重度
	排泄	自立 一部介助 全介助	視力	良好 見えにくい(左右) 見えない
	嚥下	むせなし 時々むせる 常時むせる	聴力	良好 聞こえにくい(左右) 聞こえない
	特記事項	※利用希望曜日：① () 曜日 午前・午後 ② () 曜日 午前・午後 ③いつでも可		

<居宅介護支援事業者情報>

事業所	TEL :	C M	様
-----	-------	-----	---

※ご利用者様の状況がわかる書類があれば添付してください。

リハラボ高井戸 電話03-5941-6981 Fax03-5941-7071