

医) 橋本クリニック

一日体験申込書

送迎・食事・入浴・おやつ代全て含め¥1000にて体験利用を実施しています。
 以下にご記入の上、FAXでご返送ください。

利用者名	生年月日		性別	
	T・S	年 月 日	男・女	
住 所			電話番号	
			() —	
緊急連絡先			本人との関係	
() —				
要介護状態区分				
要支援	1	2	要介護	1 2 3 4 5
既往歴・疾患名				
食事制限等	減塩		ある・なし	
	水分制限		デイ利用時 m l	
	その他			
お昼の服用	利用上の留意点			
ある・なし				
ご利用者様の ADL 情報				
移動・歩行				
食事				
排泄				
入浴				
認知症				
麻痺の有無				

利用希望日 H 年 月 日 ()

橋本クリニック通所リハビリテーションFAX番号

06-6991-2578