

石井訪問リハビリマッサージ

訪問鍼灸リハビリマッサージ 無料体験お申し込み用紙

FAX:050-3588-8664 申込日(年 月 日)

必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号へ送信してください。折り返しご連絡をさせていただきます。

ふりがな		
お名前		
生年月日	年 月 日 (歳)	男性・女性
訪問先ご住所		
電話番号		

要介護度	【要介護】 1 2 3 4 5 【要支援】 1 2 なし										
病名等											
主な症状											
利用されている 介護サービス	<table><tr><td>●訪問リハ</td><td>☐月・☐火・☐水・☐木・☐金・☐土・☐日</td></tr><tr><td>●通所リハ</td><td>☐月・☐火・☐水・☐木・☐金・☐土・☐日</td></tr><tr><td>●訪問看護</td><td>☐月・☐火・☐水・☐木・☐金・☐土・☐日</td></tr><tr><td>●訪問介護</td><td>☐月・☐火・☐水・☐木・☐金・☐土・☐日</td></tr><tr><td>●その他</td><td>☐月・☐火・☐水・☐木・☐金・☐土・☐日</td></tr></table>	●訪問リハ	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日	●通所リハ	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日	●訪問看護	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日	●訪問介護	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日	●その他	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日
●訪問リハ	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日										
●通所リハ	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日										
●訪問看護	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日										
●訪問介護	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日										
●その他	☐ 月・ ☐ 火・ ☐ 水・ ☐ 木・ ☐ 金・ ☐ 土・ ☐ 日										

体験日・訪問スケジュールについて(訪問できない時間・ご希望の時間)

ご連絡方法	() ご利用者様に直接電話をして体験日を相談して下さい。 () ご利用者様に電話する前に事業所担当者に連絡をして下さい。
-------	---

事業所様名	ご担当者様氏名 TEL: ()
-------	------------------

〒562-0026大阪府箕面市外院3-21-9 TEL:072-727-5621