

ゆう通所リハビリテーション デイケア体験申し込みについて

対象者

- ① 要介護認定にて要支援 1、要支援 2、要介護 1、要介護 2、要介護 3、要介護 4、要介護 5 の認定を受けている方。
- ② 送迎可能な範囲にお住まいの方。

申し込み手順

- ① ご家族様および担当ケアマネージャー様より「ゆう通所リハビリテーション（デイケア）体験申し込み書」に希望者氏名などの必要事項、体験希望日時、希望サービス、体験時に留意してほしいことを記入し前日までに FAX ご提出ください。
- ② 体験申し込み書を提出いただきましたら、担当者より居宅介護支援事業所 担当ケアマネージャー様へ、ご確認・ご説明の連絡をさせていただきます。※この際、体験日の調整も行います。
- ③ ご確認、ご説明をさせていただいたうえで、担当ケアマネージャー様またはご家族様（ご本人様）へ、利用時の状況報告をさせていただきます。

※通所リハビリテーション体験利用は、送迎・リハビリ・レクレーション、すべてにおいて「無料」となります。

※通所リハビリテーション体験利用は、「利用者ご本人 1 回限り」となります。

※通所リハビリテーション体験利用は後に本利用を希望される場合は、あらかじめ通所リハビリテーション利用の申し込み手続きなどが必要となります。

お問い合わせ

ご不明な点などございましたら下記までお問い合わせください。

医療法人光誠会 ゆうメディカルクリニック ゆう通所リハビリテーション（デイケア）

TEL.06-6327-2220（担当：門脇、押谷）

FAX.06-6327-2221

〒533-0014 大阪市東淀川区豊新 1 丁目 21 番 29 号 3 階

通所リハビリテーション体験申込書

体験利用希望時間・曜日 午前・午後 曜日 月・火・水・木・金

【利用者様について】

ふりがな 利用者氏名	性別 男・女	生年月日 明治/大正/昭和 年 月 日
住所	電話番号	介護区分 申請中 () 要支援 () 要介護 ()
かかりつけ医院 連絡先	診断名 既往歴 内服薬	
家庭状況	自宅 (独居・否)	施設 ()
緊急連絡先		
ふりがな 氏名	利用者との 続柄	
住所	電話番号	携帯電話

【利用者様の状況について】

移動	自立・見守り・一部介助・全介助	その他 ()
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	その他 ()
認知症	なし・年相応	あり (問題行動 あり・なし)

【その他特記事項】

直近の退院日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (病院名： _____)

【担当ケアマネージャーまたは地域包括支援センター担当者】

事業所名		電話番号	
氏名		FAX	
住所	〒	携帯電話	