

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、あらためて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：押谷・大山）

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	