

# 訪問リハビリ体験申し込み書

居宅介護支援事業所名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

担当介護支援専門員名： \_\_\_\_\_

- ・ 体験者様お名前（ \_\_\_\_\_ ）様
- ・ 体験者様お電話番号（ \_\_\_\_\_ ）

## 【日常生活動作レベル】

移動（自立 ・ 軽介助 ・ 中等度介助 ・ 全介助）

歩行補助具（ \_\_\_\_\_ ）

移乗（自立 ・ 軽介助 ・ 中等度介助 ・ 全介助）

## 実施してほしいサービス内容

- ・ 希望日時 ※第一希望①、第二希望②を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

※日時最終決定は折り返しお電話させていただきます。

**介護老人保健施設サンセール市川 リハビリ担当者**  
**(TEL) 047-325-9367 (FAX) 047-325-9366**