

ケアポート栗東 体験半日通所リハビリ 申込書

申し込み日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
<介護度> 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2	
<住所> 〒	TEL:
病名(症状):	
主治医:	
体験利用希望	<曜日> 月 火 水 木 金 <時間> 午前 · 午後 <送迎> 希望する · 希望しない
現在ご利用中のサービス(内容・曜日)	
目標、ご要望など	
緊急連絡先	
氏名	利用者との関係()
住所	TEL
事業所名:	
居宅介護 支援事業所	担当ケアマネジャー:
TEL:	FAX:

【確認事項】

- ・来所時の健康チェックにより発熱等がある場合は、当施設の医師が診察いたしますが、当日、利用等が困難と判断された場合は、帰宅していただくことがあります。
- ・緊急対応が必要な時、当職員が済生会滋賀県病院の救命救急センターに搬送します。連絡次第ご家族も速やかに搬送先にお越しいただくようお願いします。
- ・介護保険の認定を受けておられる方は、常に事故の危険性(転倒、転落、誤えん、窒息など)を内在しておられます。職員一同事故防止に全力をつくしておりますが、事故を完全に防ぐことは困難であることをご理解ください。
- ・他者の迷惑になる行為(暴力、暴言、大声、無断外出など)があり、通常の現場対応で対処不能になった場合はサービスを中断させていただきます。

以上の事項について、確認し、承諾のうえ、体験利用を申し込みます。

平成 年 月 日

利用者氏名

ご家族氏名