

日野病院 通所リハ（フィットネス）無料体験申込書

TEL：072-235-5870／FAX：072-235-9011

【お申込み時の注意事項】

- ・要支援・要介護認定を受けている方で、一般的なフィットネスルームと同様に自立の上、主体的に行動でき、かつ特別な医療行為が必要でない方に限らせていただきます。
- ・体験利用中に起こった転倒事故等、当院に責のない事故に関しては、補償いたしかねますので、ご了承の上、お申込みください。

フリガナ

体験者氏名： _____ 性別： 男 ・ 女 _____

生 年 月 日： 明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住 所： _____

電 話 番 号： _____

介 護 度： 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5 _____

現在通院中の疾患： _____

体 験 目 的： _____

50mを一人で歩けますか。（杖・歩行器の使用可） _____ はい ・ いいえ _____

トイレは一人で行えますか。 _____ はい ・ いいえ _____

手すりを持って25cmの段差を3段上がり下りできますか。 _____ はい ・ いいえ _____

<ケアプランセンター>

名 称： _____

電 話 番 号： _____

フリガナ

担当者名： _____

申込日： _____ / _____ (_____)