

リハスタジオ鎌倉由比ガ浜 利用申込書

	運動リハビリクラス（3階）	スポーツクラス（2階）
<施設の概要>	要介護中心クラス 通常規模3-5 送迎あり 機能訓練・口腔機能向上加算あり 食事・入浴なし	要介護専門クラス 左記と同様 要支援専門クラス 2時間
<利用時間・定員>	午前の部（9:00～12:00）32名 午後の部（13:00～16:00）32名	要介護専門クラス 8:45～11:45 13名 要支援専門クラス 午前の部（9:30～11:30）24名 午後の部（13:30～15:30）24名
<利用可能曜日>	月～金の午前／午後	(介)クラス 月～水の午前のみ (支)クラス 木金の午前 / 月～金の午後
<利用対象者>	要介護(又は要支援)の認定を受けていて、運動やリハビリに意欲をお持ちの方。歩行が可能な方(杖等使用可)	(介)クラス 左記と同様 (支)クラス 要支援の認定を受けている方
<送迎可能エリア>	鎌倉市 由比ガ浜・長谷・笹目町・材木座・大町・小町 ・雪ノ下・扇ガ谷・御成町・佐助・西御門 ・坂ノ下・極楽寺・稲村ガ崎・浄明寺(6丁目) 逗子市 小坪・久木 ※その他の地域は応相談。	リハスタジオより半径約1km以内を目安としますが、曜日により方面別の設定を検討しております。尚、“歩くこと”を大切にされるスポーツクラスでは、「自力で通いたい」という方の意欲を尊重致します。

<利用者様の情報> 申込者： _____ 申込日：平成 ____年 ____月 ____日

被保険者番号			
住 所	〒 _____ 鎌倉市 逗子市		
フリガナ			
氏 名	_____ 様 (男・女)		
生年月日	大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)		
電話番号	- - - - -		
要介護区分/負担割合	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・その他(_____)	1割負担・2割負担	
認定年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
認定の有効期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
利用希望クラス 曜日・時間等 (お選びください)	運動リハビリ クラス(3階)	月・火・水・木・金 午前(9:00～12:00)・午後(13:00～16:00)	<input type="checkbox"/> いつでも可
	スポーツ クラス (2階)	要介護 専門	月・火・水 午前(8:45～11:45)
		要支援 専門	月・火・水・木・金 午前(9:30～11:30)・午後(13:30～15:30)
ご相談内容 申込経緯・身体情報 ご見学希望の有無等			
リハスタ使用欄	<input type="checkbox"/> 運動意欲低い・無し <input type="checkbox"/> トイレ付添 <input type="checkbox"/> 失禁おそれ(_____) <input type="checkbox"/> プログラム拒否		
ご担当の 地域包括支援センター様 居宅介護支援事業者様 事業所名： ご担当者： _____ 様 TEL： _____ - _____ FAX： _____ - _____			