

FAX : 06-6731-0241

相生病院 通所リハビリテーション

TEL : 06-6731-0201 (代)

体験・本利用申込書

申込日： 年 月 日

利用者様情報				居宅介護支援事業所名			
氏名	() 様						
住所							
電話番号							
生年月日	年	月	日 (歳)	男・女	事業所番号		
キーパーソン	() 様			FAX			
電話番号			続柄：		住所		
主医療機関							
主治医				担当者名			
連絡先							

介護保険	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)				体験希望日①： 月 日 () : ~ :			
	※介護保険証の添付をお願いします				体験希望日②： 月 日 () : ~ :			
生活保護	有・無	原爆手帳	有・無	障害手帳	有・無	本人様同意	有・無	
病名				既往歴				
立ち上がり	自立	手すりがあれば	要介助					
移乗	自立	手すりがあれば	要介助					
座位保持	自立	背もたれ椅子	車椅子					
排泄	自立	見守り	介助	オムツ・リハパン	尿意 (有・無)	便意 (有・無)	バルーン (有・無)	
食事	自立	見守り	介助	ムセ (有・無)	胃瘻	義歯 (部分・総・無)		
食事種類	常食	軟菜食	減塩食	糖尿食	腎臓食	心臓食	()	
食事形態	普通	一口大	キザミ	極キザミ	ミキサー	トロミ	あんかけトロミ	
屋内歩行	自立	杖	伝い歩き	手引き	押し車	歩行器	車椅子 ()	
屋外歩行	自立	杖	伝い歩き	手引き	押し車	歩行器	車椅子 ()	
更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	()			
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	()			
コミュニケーション	問題なし	失語症	構音障害	視力障害 (有・無)	聴力障害 (補聴器・無)	()		
認知症	有・無	(様子について：)						

ADL上の注意点・改善したい点・介助指導の希望について：

医療的処置の有無： (例：血糖測定・血圧チェック・インシュリン注射・褥瘡処置・HOTなど)

通所リハビリテーションに対する希望

本人様	
家族様	
目 標	

利用希望内容					その他特に注意してほしいことや、本人様の好きなことなどご記入下さい。					
希望曜日	月	火	水	木					金	
希望時間	曜日	時	分	～					時	分
	曜日	時	分	～					時	分
	曜日	時	分	～					時	分
	曜日	時	分	～					時	分
	曜日	時	分	～	時	分				
昼食	有・無	送迎			有・無	※月曜日～金曜日の9時～16時で希望の時間を記入して下さい。				
お薬	有・無	入浴			有・無	※入浴利用時間は午前中のみ				
個リハ	有・無					※入浴希望はバスタオル・タオル・下着を持参下さい				