# 通所リハビリテーション体験利用申込書

お申し込み日　　年　　月　　日（　　）

【 体験利用希望日　　年　　月　　日（　　）☐ 1日　☐ AM　☐ PM 】

| 利用者氏名 | 性別 | 生年月日 | 介護度 |
|---|---|---|---|
| ふりがな | 男<br>女 | 年　月　日 | ☐要支援　1 2<br>☐要介護　1 2 3 4 5 |

| 住所 | 電話番号 | |
|---|---|---|
| 〒 | （自宅）　－　－<br>（携帯）　－　－ | |

| 緊急連絡先 | 家族構成 |
|---|---|
| 氏名：　　続柄：<br>住所： | ☐ 独居<br>☐ 同居（　　） |

| 利用目的 | |
|---|---|
| （本人） | |
| （家族） | |

| 病名・病歴 | 直近の入退院日 | 既往歴 |
|---|---|---|
| | 年　月　日<br>～<br>年　月　日 | |

| 禁忌事項 | これまでのリハビリテーション実施状況 |
|---|---|
| | |

| 利用時間内の服薬 | 服薬管理 | 服薬内容 |
|---|---|---|
| 有 ・ 無 | ☐自己にて管理・服用可能<br>☐手渡しにて声掛けが必要　☐介助要 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 自立度 | 〈障害〉 J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2<br>B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 | | 〈認知〉 Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb<br>Ⅳ ・ M ・ 自立 | |
| 心身の状況 | 筋力低下 | 有 ・ 無 | 麻　痺 | 有 ・ 無 |
| | 拘縮 | 有 ・ 無 | 褥　瘡 | 有 ・ 無 |
| | 摂食嚥下障害 | 有 ・ 無 | 疼　痛 | 有 ・ 無 |
| | 言　語（表　出） | 問題なし ・ 聞き取りにくいが話せる ・ 話せない | | |
| | 言　語（理解力） | 問題なし ・ やや低下している ・ 通じない | | |
| ADLの状況 | 食事 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（　　） | | |
| | 移乗 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（　　） | | |
| | 整容 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（　　） | | |
| | 排泄 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（　　） | | |
| | 尿意 | 有 ・ 無（トイレに間に合わない ・ 時々失禁 ・ 常時失禁） | | |
| | 便意 | 有 ・ 無（毎日有り ・ 週　　回ほど）　下剤（使用 ・不使用） | | |
| | 入浴 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（　　） | | |
| | 移動 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（　　） | | |
| | 移動手段 | 独歩 ・ 杖 ・ 手押し車 ・ 歩行器 ・ 伝い歩き ・ 車椅子 | | |
| | 階段昇降 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（　　） | | |
| | 更衣 | 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助（　　） | | |
| 特記事項・注意点等 | | | | |

| | |
|---|---|
| 居宅介護支援事業所 | |
| 担当者 | |
| TEL | |
| FAX | |

| |
|---|
| 甲南山手リハビリステーション・アップ |
| 担当者：　伊藤 |
| TEL　：　078-862-5013 |
| FAX　：　078-862-5014 |