

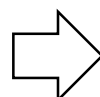
通所リハビリテーション体験利用申込書

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 女	年	月	日	<input type="checkbox"/> 要支援 1 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 2 3 4 5		
住所			電話番号					
〒			(自宅)	-	-			
			(携帯)	-	-			
緊急連絡先					家族構成			
氏名:		続柄:		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()				
住所:								
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						
		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		<input type="checkbox"/> 自己にて管理・服用可能 <input type="checkbox"/> 手渡しにて声掛けが必要						
		<input type="checkbox"/> 介助要						
自立度		〈障害〉 J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		〈認知〉 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb 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・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