

## 通所リハビリテーション体験利用申込書

この度は通所リハビリテーション体験利用を申し込みいただき有難うございます。  
 できる限りご利用者さまの目的にあった体験ご利用となりますよう、以下の内容について  
の項目は選択しを、その他の項目はご記入をお願い申し上げます。

なおご利用者さま、ご家族さまの個人情報については管理者の元に細心の注意をもって  
 取り扱います。

体験利用希望日	令和	年	月	日	AM・PM
---------	----	---	---	---	-------

ふりがな 体験希望者氏名	様 (男・女)
生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( )歳
住所	
電話番号	
緊急連絡先	氏名： 続柄： 電話：
要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

主たる疾患名 (発症日)	( 昭和・平成・令和 年 月 日)
手術等の有無 (手術日)	無・有 手術名( ) ( 昭和・平成・令和 年 月 日)
疾患に対する留意 事項、禁忌事項等	<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 呼吸状態 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> その他
利用の目的	
移動について歩行 補助具等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他
水分摂取について	<input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 要とろみ
体験利用時の服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
食事について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食： <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> その他( ) 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
排泄について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄についての配慮等( )

記載者氏名：( )本人 家族 ケアマネージャー その他