

介護老人保健施設あおぞら 通所リハビリテーション 体験利用申込書

この度は、体験利用のご相談を頂きまして誠にありがとうございます。
 さて、利用者の方が安心して通所リハビリの体験を受けていただけるよう、事前に下記の情報をいただいています。
 お手数ですが、下記の質問にできるだけ詳しくお答えいただく様、よろしくお願い致します。

利用者	ふりがな:	性別:	疾患名:
	氏名:		
	住所: 〒		既往歴:
	電話番号:		経過:
	生年月日: 年 月 日 歳		
	介護度:	認定日:	
	負担割合:	生活保護:	

現在の機能や能力について、わかる範囲で教えてください。

起き上がり	自立・見守り・軽介助・重(全)介助	食事	自立・見守り・軽介助・重(全)介助	箸・スプーン・フォーク
立ち上がり	自立・見守り・軽介助・重(全)介助	嚥下	問題なし・よくむせる・時々むせる	主食: 米飯・全粥 副食: 普通食・一口大・きざみ食・超きざみ・とろみ食・ペースト
座位	自立・見守り・軽介助・重(全)介助	排泄	自立・見守り・軽介助・重(全)介助	自宅トイレ・PTイレ・オムツ リハビリパンツ・パッド・普通下着のみ
移動方法	独歩・伝い歩き・杖・押し車・歩行器・車椅子自操・車椅子介助	入浴	自立・見守り・軽介助・重(全)介助	
言葉	問題なし・呂律がまわりにくい・言葉が出にくい	洗面・更衣	自立・見守り・軽介助・重(全)介助	

電話連絡させていただく場合の連絡先、時間帯を教えてください。

緊急連絡先①	ふりがな:	(続柄)	緊急連絡先②	ふりがな:	(続柄)
	氏名:			氏名:	
	住所: 〒			住所: 〒	
	電話番号:	(連絡可能な時間帯)		電話番号:	(連絡可能な時間帯)
	電話番号:	(連絡可能な時間帯)		電話番号:	(連絡可能な時間帯)

ご利用者・ご家族のそれぞれの自宅でお困りのこと、リハビリに対するご希望を教えてください。

	困っていること	リハビリに対する希望
利用者		
ご家族		

体験希望日:	送迎希望: あり(往復)・あり(往路のみ)・あり(復路のみ)・なし	入浴希望: あり・なし
ご家族同行: あり・なし ※ご家族送迎はございません	ご家族食事希望: あり・なし ※ご家族の食事形態は普通食です	
アレルギー: あり・なし ()	嗜好: コーヒー・お茶	利用時服薬: あり・なし ()

※体験利用時のみの服薬内容を記載ください。

その他、特記事項があれば自由に記載ください。

支援事業部 介護課	事業所名:	担当ケアマネジャー:
	電話:	FAX:

なお、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

社会医療法人 医真会 介護老人保健施設あおぞら 通所リハビリテーション

電話: 072-948-2545(代) FAX: 072-948-2675 E-mail: reha-aozora@ishinkai.or.jp 担当: 亀井(2020.10.1.)