

通所リハビリテーション体験利用申込書（一日利用・2-3時間利用）

松下介護老人保健施設 は一とびあ TEL 06-6992-8131

利用者情報			
ふりがな ◆利用者氏名		◆性別 様 男・女	◆生年月日 M・T・S 年 月 日 満 ()
住所		送迎連絡先	
要介護度	要支援 () ・ 要介護 () ・ 新規申請中 ・ 更新申請中 ・ 区変中		
ふりがな ご家族氏名	続柄 様	性別 男・女	ご家族 連絡先 自宅 携帯
体験希望日	第1希望() ・ 第2希望() ・ いつでも可	入浴希望	あり ・ なし
バス同乗人数	本人 家族 (合計 人)	食事数(600円/1人)	本人 家族 (合計 人)
◆病名・既往歴 (発症時期)	病状管理の注意点、主治医の指示などあればご記入ください。		
★リハビリの意向、リハビリ経験			
リハビリに対するご要望、目標、注意点、リハビリ経験（病院、老健、通所、訪問）をご記入ください。			
転倒歴はありますか？（ ない、しばらくない、ある、複数回ある ）			
◆興味のあるアクティビティや、過ごし方の意向			
（園芸・手芸・詩吟・コーラス・囲碁・将棋・麻雀・カラオケ・風船バレー・フラワーアレンジメント） シナプソロジーとおとなの学校にもご参加いただけます。過ごし方にご要望がありましたらご記入ください。			
★おわりの範囲で、ご記入いただくと幸いです。ご協力ありがとうございます。			
移動	屋内（独歩・杖歩行・歩行器・普通車いす・リフト）（自立・見守り・介助） 屋外（独歩・杖歩行・歩行器・普通車いす・リフト）（自立・見守り・介助）		
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	アレルギー	なし・あり ()
食事形態	主食	米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ その他 ()	
	副食	普通 ・ 一口大 (2cm) ・ 刻み (1cm) ・ 極刻み ・ ミキサー ・ ムース	
	水分制限	無・有()	
	トロミ	無・有(弱 ・ 普通 ・ 強) ご自宅で使用している増粘剤の種類()	
義歯	自歯 ・ 全義歯 ・ 上義歯 ・ 下義歯		
排泄	日中（トイレ・ポータブル・尿器・ベッド上）オムツ類（あり・なし）（自立・見守り・介助）		
	夜間（トイレ・ポータブル・尿器・ベッド上）オムツ類（あり・なし）（自立・見守り・介助）		
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	更衣	自立・一部介助・全介助
入浴動作をリハビリ職が評価の上、適切な入浴形態をご案内します。 注意点があればご記入ください。			
意思疎通	普通 ・ あいまい ・ 不可	失語症、構音障害等（有・無）	難聴（有・無）
内服薬	無・有（ 食前 ・ 食後 ・ 食間 ）⇒ 自己管理 ・ は一とびあ管理		
外用薬	無・有（内容： ）⇒ 自己管理 ・ は一とびあ管理		
事業所情報			
事業所名		介護支援専門員氏名	
ご相談事など、何でもご記入ください。		電話番号	

は一とびあ記入欄

は一とびあ受付日		担当相談員		体験利用日	令和 年 月 日()決定
----------	--	-------	--	-------	---------------