

れいんぼう夕陽丘 通所リハビリテーション 体験利用申込書

フリガナ	性別	生年月日	要介護区分
氏名	男	大・昭 年 月 日生	要支援 1 2
	女	(満 歳)	要介護 1 2 3 4 5
〒 住所			
連絡先 氏名		(続柄)	
住所		(TEL)	
かかりつけ病院名:		診断名	内服薬
担当医:			
TEL:			
支援事業所名		事業所番号	
TEL:		FAX:	
担当者名			
利用者様の状況			
移動	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
排泄	自立	・ 見守り	・ 一部介助() ・ 全介助
食事	自立	・ 見守り	・ 一部介助() ・ 全介助
食事形態	主食	副食	
認知症	無	・ 有()	
感染症	無	・ 有()	・ 不明
アレルギー	食品	無・有 ()	薬剤 無・有 ()
利用目的	機能訓練 ・ 家族介護負担軽減 ・ 社会参加 その他()		
利用希望日	週	回	月・火・水・木・金・土・日
体験希望日	①	月 日	② 月 日
	送迎	有 ・ 無 /	入浴 有 ・ 無
	入浴可能な血圧・脈拍の上限		血圧 / mmHg 脈拍 / 分
備考(介護上の留意点等)			