

☆通所リハビリテーション体験利用申込書☆

この度は、のぞみデイケアの体験利用にお申し込みいただきありがとうございます。目的にあったサービスを体験していただけるよう、以下の内容について、ご記入いただきますようお願い申し上げます。

なお、この度ご記入いただいた情報を、他の目的で使用することはございません。

20230110版

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・西暦
氏名				年 月 日 (歳)
住所			電話	
緊急連絡先	氏名： 続柄： 連絡先（電話）			
要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
体験希望日	年 月 日 (曜日)			
希望時間	開始時間 <input type="checkbox"/> 9:00 <input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 13:00 <input type="checkbox"/> 14:00 (16:15終了のみ) 終了時間 <input type="checkbox"/> 11:30 <input type="checkbox"/> 13:15 <input type="checkbox"/> 15:15 <input type="checkbox"/> 16:15			
入浴希望	有 ・ 無	食事希望	有 ・ 無	
原疾患		発症日	年 月 日	
手術などの有無	有 ・ 無 手術名 ()			
疾患に対する留意事項、禁忌事項				
利用目的・目標				
移動について	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自立・見守り・一部介助・全介助)			
持参薬	有 薬名 () ・ 無			
食事について	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み			
水分	トロミ 無 ・ 有 ()			
アレルギー	無 ・ 有 種類 ()			
排泄について	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ (自立・見守り・一部介助・全介助)			
身長・体重	身長 (cm) ・ 体重 (kg)			

記入日： 年 月 日

記入者： _____

枚方老人保健施設のぞみ 通所リハビリ