

通所リハビリテーション体験利用申込書

体験希望日	令和	年	月	日	()
-------	----	---	---	---	-----

フリガナ 利用者氏名	(男・女) M・T・S	年	月	日	()歳									
住所	電話番号													
介護度	要支援	1	・	2	要介護	1	・	2	・	3	・	4	・	5
緊急連絡先	(氏名)	(続柄)	(電話番号)											

主疾患名					
病気・身体に関する特記事項					
疼痛・麻痺	疼痛(有・無)	疼痛部位()	麻痺(有・無)		
移動	自立 独歩	見守り 杖	一部介助 歩行器	全介助 車いす(自操・介助)	
階段昇降	自立	見守り	一部介助	全介助	手すりの必要性(有・無)
内服	有・無 (要介助・介助不要)				
排泄 排尿 排便	自立 布パンツ	見守り パット	一部介助 リハビリパンツ	全介助 オムツ	失禁(有・無) 下剤(有・無)
着替え	自立	見守り	一部介助	全介助	
利用の目的	1. 貴施設の利用を考えている。 2. 将来、利用の必要性が出てきた時の為に知っておきたい。 3. その他()				
送迎	希望する 希望しない				
本利用希望時間帯	午前(9:30~12:00) 午後(13:30~16:00)				
事業所名 (担当ケアマネ)	TEL: FAX:				

宮田整形外科・皮フ科 通所リハビリテーション
理学療法士 宮本
TEL (0562) -46-7788 FAX(0562)-46-7796