

見学・無料体験利用申込書

リハスタジオみおつくし森ノ宮 行

FAX : 06-6975-6162

申請日	平成 年 月 日		
利用者	フリガナ 氏名		
	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
	住所	TEL	
	介護度	要支援() 要介護() 申請中 ・ 区変中	
居宅介護支援事業所名		担当者名	
体験希望 利用日	平成 年 月 日 (曜日) 午前・午後		
利用希望曜日	月 火 水 木 金 土		
緊急連絡先	フリガナ 氏名		
	住所		
	電話番号	携帯番号	

【以下わかる範囲でご記入お願い致します】

既往症	
現病歴	(主治医: 病院・医院 先生)
経過	

以下該当するものに○を付けてください

認知の状態	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
感染症	不明・無・有 (疥癬・結核・MRSA・B型肝炎・C型肝炎・その他)
内服	不明・無・有 ()
* 上記情報	引用元(主治医意見書・ご本人聞き取りにて・ご家族聞き取りにて・その他)
ADL	食事…自立・一部介助()・全介助
	排泄…自立・一部介助()・全介助
	更衣…自立・一部介助()・全介助
	移動…自立・一部介助()・全介助
	移動時使用器具 … T字杖・4点杖・歩行器・車椅子・その他()
主訴	(ご本人、ご家族の希望・優先事項等をなるべく詳しく記入してください)

その他、疾患などに伴う注意事項があれば記入してください。

* ご記入いただきました個人情報については体験時、本施設スタッフ間のみ使用させていただきます