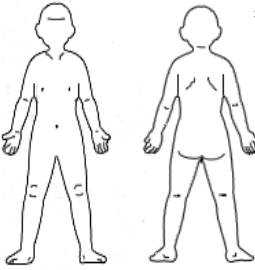


体験利用 申込書

この度は、体験利用のお申し込み有難うございます。
 下記の欄にご記入のうえFAX返信をお願い致します。
 御不明な点があれば、いつでも御連絡下さい。

ふりがな				性別				
利用者氏名				男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日		歳
住所				介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5			
電話番号				認定済み・申請中				
緊急連絡先	氏名	続柄	住所			電話番号		
かかりつけ医	病院名	医師名		診療科目	電話番号			

※心疾患があれば必ずご記入ください	病名	年							
既往歴・手術歴 (内科疾患も含む)	病名・手術名			 身体の痛みや痺れなど、気になる部位がある場合、○で囲んでください					
	年								
	年								
	年								
	年								

ADL	寝返り	・できる	・一部介助	・できない	※今回通所リハビリを利用したいと思った経緯の記入、また、ご本人様に関する人柄と接する上での注意点の御記入をお願い致します。
	起き上がり	・できる	・一部介助	・できない	
	立ち上がり	・できる	・一部介助	・できない	
	移乗	・できる	・一部介助	・できない	
	歩行	・できる	・一部介助	・できない (・自立歩行 ・杖 ・歩行器 ・車いす)	
	聴力	・聞こえる(補聴器無し/補聴器あり) ・聞こえない(難聴)			
	意思の疎通言葉の障害(有・無)	・できる	・できない		

転倒をしたことがあるか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⇒ あるの方は、時期と場所をお書きください。 時期： 頃 場所：
-------------	---	----------------------------------

障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
---------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----

認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
----------------	----	---	-----	-----	------	------	----	---

送迎	必要	不必要
----	----	-----

担当支援事業者	氏名

医療法人 明寿会 林原整形外科

通所リハビリテーション

管理者： 小林 美穂
 住所： 池田市宇保町5番8号
 TEL： 072-753-2337
 FAX： 072-753-2866