

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				生年月日	大正・昭和 年 月 日	歳
利用者氏名						
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	

既往歴	病名		
	年		
	年		
	年		
	年		
	年		

ADL	寝返り	・できる	・一部介助	・できない	※ご本人様に関する人柄・注意点があれば御記入お願い致します。
	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 (車椅子・杖・自立歩行)	・できない	
	聴力	・できる	・一部介助	・できない	
	意思の疎通言葉の障害 (有・無)	・できる	・一部介助	・できない	
	転倒がしたことがあるか	<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： 上田 裕一
 住所： 池田市宇保町5番8号
 TEL： 072-753-2337
 FAX： 072-753-2866