

指定通所介護 リハビリスタジオSAKURA-淡路-

利用体験申込書

申し込み日 令和 年 月 日

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	年 月 日(歳)
現住所 (〒 -)	電話番号	- -
要介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5	
家族状況	同居 独居 高齢者世帯	
ふりがな	関係	緊急連絡先
ご家族氏名		- -
現住所 (〒 -)		
宅介護支援事業	担当	
	電話番号	- -

◆該当するものに○をしてください。

	利用者様身体状況	備考
	聴力 普通 大きな声なら聞える ほとんど聞こえない	
	視力 普通 近くなら見える ほとんど見えない	
	麻痺 無 有(具体的な部位)	
	認知症 無 有()	
	意思伝 伝えられる 時々伝えられる 伝えられない	
	移動 普通 掴まり歩き 杖 歩行器 車いす	
	立ち上 出来る ゆっくり 何かに掴まれば出来る できない	
	座位 出来る 長時間座れない(分位は可能) 座れない	
	着替え 出来る 見守りが必要 介助が必要 出来ない	
	入浴 出来る 見守りが必要 介助が必要 出来ない	
	排泄 出来る 見守りが必要 介助が必要 出来ない	
	おむつ 尿取りパット リハパン 紙おむつ 使っていない	
	アレキ ない ある()	
	入れ歯 無 有(部分入れ歯 総入れ歯)	
	食事方 出来る 見守りが必要 介助が必要 出来ない	
	主食 ご飯 お粥 ミキサー	
	おかず 普通 荒刻み 刻み ペースト	
	制限	
	飲み込 普通 時々むせる よくむせる	
	飲み物形 普通 とろみ 摂取制限(ml)	
	服薬 ない ある()	
	医療的処 尿留置カテーテル 在宅酸素療法 インスリン注射 人工肛門(ストマ) 褥瘡(床ずれ) その他()	
	既往歴	
	現病歴	
	入浴 希望する 希望しない	

指定通所介護 リハビリスタジオSAKURA-淡路-

〒533-0023 大阪市東淀川区東淡路2丁目7番14号

TEL:080-6169-1792/FAX:06-6321-7534