

リハビリデイサービス体験申込書

申込日	年 月 日	体験の方は体験ご希望日	年 月 日
時間	時頃 ～ 時頃まで		
送迎	迎え	1. 要 2. 不要	送り 1. 要 2. 不要

ふりがな		性別		生年月日
利用者氏名		男	女	年 月 日 (満 歳)
所	〒			
連絡先	電話番号		携帯電話	
要介護認定	1. 要支援 (1 ・ 2) 2. 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 3. 区変中 4. 申請中			
世帯	1. 同居世帯 2. 同居世帯 (日中ひとり) 3. 高齢者夫婦世帯 4. ひとり暮らし			

ご家族様情報

氏 名	続柄	住 所 (連 絡 先)	
		電話番号	
居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー名	
住 所			
電話番号		FAX番号	

身体状況

食事	1. 自立	2. 一部介助	3. 全部介助	好き嫌い等
食事内容	主食	普通 ・ おかゆ ・ ペースト食 ・ 流動食	副食	普通 ・ 一口大 ・ きざみ ・ ミキサー
排泄	1. 自立	2. 一部介助	3. 全部介助	4. リハパン使用 5. おむつ使用
入浴	1. 自立	2. 一部介助	3. 全部介助	認知症の状態 1. 無 2. 有 ()
移動	1. 自立	2. 一部介助 (杖・その他)	3. 全介助 (車椅子・その他)	意思疎通 1. 問題ない 2. やや困難 3. かなり困難 4. できない
服薬 (昼食時など)	1. 有	2. 無	義歯 1. 有 (上・下) 2. 無	部分入れ歯 部位
補聴器	1. 有	2. 無	その他特別な持ち物	
主な既往症			主な現病	
かかりつけの病院名				
主治医	電話 (- -)			

特記すべき事項

	有の方 ()			
食種区分	1. 普通食	2. 糖尿食 (kcal)	3. 腎臓食	4. 他 ()
アレルギー	1. ある ()			2. なし
(備考) 趣味、興味をお持ちの内容や、出身地などご記入ください。 また、生活保護の方はこちらにご記入をお願いします。				



医療法人 毅峰会
リハビリデイサービス青樹

リハビリデイサービス青樹

〒572-002 大阪府寝屋川市緑町 47-9

TEL 072-802-3080