(短時間)おひさま園通所リハビリテーション体験利用申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

体験利用希望日　令和　　年　　月　　日(　　曜日)					
ご利用者	ふりがな 氏　　名			男　・　女	歳
	介護度	要支援　1　・　2　　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5			
	生年月日	M　・　T　・　S　　年　　月　　日生			
	住所	〒　　―			
	電話	―　　―	携帯電話	―　　―	
ご連絡先 (緊急時連絡先)	ふりがな 氏　　名			続柄（　　）	
	住所	〒　　―			
	電話	―　　―	携帯電話	―　　―	
既往歴					
バイタルサイン	血圧		脈拍		体温
感染症※任意	HCV（　＋　－　）		HBS（　＋　－　）		TPHA(　＋　－　)
食事	記入不要です				
移動手段	自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助				
	独歩　・　杖　・　歩行器　・　手押し車　・　車いす（自操・介助）　・　伝い歩き 装具（有・無）				
排泄	布パンツ　・　リハビリパンツ　・　パッド　・　オムツ				
	介助	不要（自立）　・　付添い　・　一部介助　・　全介助			
	尿意	有・無（常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない）			
	便意	有・無	排便（毎日　・　1週間に　　回くらい　・　常習便秘）		
	下剤	使用　・　不使用　　（薬名　　）			
居宅事業所		CM氏名		TEL	