

医療法人清水会 鶴見緑地病院 通所リハビリテーションセンター 申込書

フリガナ		年齢	大正	昭和	平成	年	月	日生	満	歳
氏名										
住所	〒 -	電話番号								
		-	-	-	-	-	-	-	-	-
介護保険情報										
居宅介護 支援事業所		担当ケアマネジャー								
◇要支援 (1・2)										
◇要介護 (1・2・3・4・5) 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日										
身元引受人及び連絡先 *緊急時にも使用しますので、可能な限りご記入ください。										
氏名	続柄	年齢	住所					電話番号		
								-		
								-		
								-		
ご利用目的/希望されることがあればご記入ください。										

身体状況

移動	移動手段	独歩・杖歩行・手押し車・伝い歩き・車いす【自立走行・介助】								
	介助	自立・見守り・片手で手引き・両手で手引き・歩行不可								
排泄	着用	布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ *組み合わせすべて								
	介助	不要(自立)・付き添い(見守り)・一部介助・全介助								
	尿意	有・なし【問題なし・間に合わない・時々失禁・常時失禁】								
	便意	有・なし【問題なし・間に合わない・時々失禁・常時失禁】								
食事	動作	自立・見守り・介助【一部・全部】								
	飲み込み	良好・時々ムセ・頻回にムセ：トロミ剤【使用・不使用】								
	形態	主食：米飯・軟飯・粥				副食：普通・刻み・ミキサー状				
	禁止食材	アレルギー：なし・あり【 】 禁止食材：なし・あり【 】								
医療	主治医	病院名：				医師：				
	病名					注意点など				

体験利用希望：□あり/【 年 月 日 曜】

- ◎ご利用時間は概ね10時から16時過ぎまでで、送迎・入浴・食事/おやつ【実費】・リハビリを実施します。
- ◎動きやすい服装で、タオル・バスタオル・着替え・お薬(必要な方)・昼食代金をご持参ください。
- ◎担当ケアマネージャー及び必要な関係者、緊急時対応以外は業務上知り得た個人情報について細心の注意を持って管理し、第三者への漏洩を防止致します。
- ◎体調不良(熱発や下痢嘔吐、血圧変動等)により、当事業所判断でご利用継続が困難な場合は、ご帰宅や受診をお願いすることがございます。また、他者及び当デイケア運営に対しての迷惑行為が確認される場合も、やむを得ずご利用を中断させて頂くことがございます。
- ◎ご本人の不注意による事故や持参物の紛失破損については、責任を負えないことがございます。
- ◎このお申し込みをもって、以上の体験利用の内容について同意されたものと致します。