

本田病院 通所リハビリテーション 利用申し込み受付票

(新規 ・ 体験 ・ 再開)

記入日:平成 年 月 日

ご利用者 氏名	様	ご利用者住所	〒
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	電話番号	
要介護認定	要支援1・2要介護1・2・3・4・5・申請中	公費適用	無 ・ 有()
緊急連絡先 氏名	様 続柄()	住所	〒

家族構成と介護状況

氏名	様 続柄()	同居(有・無)	TEL	家族構成図 本人は二重枠
	様 続柄()	同居(有・無)	TEL	
	様 続柄()	同居(有・無)	TEL	
	様 続柄()	同居(有・無)	TEL	
	様 続柄()	同居(有・無)	TEL	

支援事業者名		ご担当者	様	TEL/fax	
主治医機関名		主治医	先生	TEL/fax	

希望曜日	月 火 水 木 金 土	提供時間	1-2時間 ・ 4-6時間 ・ 6-8時間		
送迎	有 ・ 無	入浴	有 ・ 無	リハビリテーション	(運動・言語)療法 ・ 無

移動 (手段)	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 独歩 ・ 杖 ・ 車いす ・ 歩行器	各項目 留意点がございましたらご記入下さい
移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
洗身	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
洗髪	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
入浴形態	一般浴 ・ 特別浴	
食事摂取	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
食事種類	普通食 ・ 特別食(kcal,塩分 , g)	
主食	米飯 ・ 粥 ・ ミキサー	
副食	普通 ・ 一口大 ・ 刻 ・ 極刻 ・ ミキサー	
飲み物	普通 ・ トロミ ・ その他()	

疾患名	その他留意点がございましたらご記入下さい
-----	----------------------

ご記入頂きましてありがとうございました。

社会医療法人盛和会 本田病院通所リハビリテーション