

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: 令和 年 月 日

ご利用者 ^{フリガナ} 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 ()	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
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	

居宅支援事業所		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 ・ 5-6時間 ・ 7-8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	<p>体験時、入浴や簡単なリハビリをご希望の場合のみ記載 主治医にご確認下さい。</p> <p>(BP=上 ~ / 下 ~ で可) (KT= °C以下で可) (P= 以下で可) (感染症= 有 ・ 無 ・ 不明) (感染症名(あれば))</p>
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	各項目 留意点がございましたらご記入下さい
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 ()	
認知症	無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度	

疾患名 その他留意点がございましたらご記入下さい

昼食時の内服 [あり(食前・食後) ・ なし]