

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 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	

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 ・ 2-3時間 ・ 5-6時間 ・ 7-8時間
送 迎	有 ・ 無	入 浴	有 ・ 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	血圧 (/)以上 (/)以下実施不可 脈拍 (以上で実施不可) 体温 (℃以上で実施不可) リハビリの目標 主治医に確認後、ご記入下さい その他、治療上の注意点・禁忌事項など	
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 ()		
認知症	無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度		
現病名	発病 年 月 日 不詳	既往歴	発病 年 月 日 不詳
	発病 年 月 日 不詳		発病 年 月 日 不詳
	発病 年 月 日 不詳		発病 年 月 日 不詳
	発病 年 月 日 不詳		発病 年 月 日 不詳
	発病 年 月 日 不詳		発病 年 月 日 不詳

昼食時の内服〔あり(食前・食後) ・ なし〕
