通所リハビリテーション体験利用申込書

社会医療法人　三車会　　年　　月　　日

介護老人保健施設　みくるま

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="3">生年月日</td></tr>
<tr><td>利用者</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td colspan="3">大正・昭和　　年　　月　　日(満　　歳)</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="6">自宅　　(　　)　　携帯　　(　　)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保険</td><td rowspan="2">申請中
有</td><td colspan="2">要支援(　1　・　2　)</td><td colspan="3">要介護　(　1　・　2　・　3　・　4　・　5　)</td></tr>
<tr><td colspan="5">認定期間(　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害手帳</td><td colspan="2" rowspan="2">無・有　(　　種　　級)</td><td colspan="2">特定疾患の認定</td><td colspan="2">無　・　有</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記「有」の場合、重症度の認定</td><td colspan="2">無　・　有</td></tr>
<tr><td>生活保護</td><td>無・有</td><td colspan="5">発行期日(　　年　　月　　日　)
有効期限(　　年　　月　　日　)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">緊急連絡先</td><td colspan="2">氏名</td><td>続柄</td><td colspan="2">電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>①</td><td>フリガナ</td><td></td><td colspan="2"></td><td>同居・別居</td></tr>
<tr><td>②</td><td>フリガナ</td><td></td><td colspan="2"></td><td>同居・別居</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護支援専門員
(ケアマネージャー)</td><td colspan="3">事業所名</td><td colspan="3">電話番号　　(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="3">氏名</td><td colspan="3">FAX　　(　　)</td></tr>
<tr><td>かかりつけの
医療機関</td><td colspan="6">病院・医院　　科　　先生</td></tr>
<tr><td>服薬</td><td colspan="6">無　・　有(　朝　・　昼　・　夜　・　就寝前　)　　自立　・　介助</td></tr>
<tr><td>主な病名</td><td colspan="6">

入院期間(　　年　　月～　　年　　月)　　入院中</td></tr>
<tr><td>医療処置</td><td colspan="6">□無　□胃瘻・腸瘻　□経鼻経管栄養　□在宅酸素管理　□膀胱留置カテーテル
□気管切開カニューレ　□人工呼吸器　□吸引　□透析　□インスリン注射
□褥瘡処置(部位：　　)　□中心静脈栄養管理　□点滴投与
□ストーマ処置
□ペースメーカーの有無　(　無　・　有　)</td></tr>
<tr><td>利用希望曜日</td><td colspan="6">月曜日　・　火曜日　・　水曜日　・　木曜日　・　金曜日　・　土曜日</td></tr>
<tr><td>現在利用中の
サービス</td><td colspan="6">□デイサービス　□デイケア　□訪問リハビリ　□その他(　　)</td></tr>
<tr><td>利用目的</td><td colspan="6">リハビリ　　入浴　　交流　　その他(　　)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">送迎の有無、注意点</td><td colspan="6">送迎：　　施設送迎　・　家族送迎</td></tr>
<tr><td colspan="6">注意点　(　　)</td></tr>
</table>

日常生活の状況について、あてはまるものに〇で囲って必要事項をご記入ください。

食事	自立（　箸・スプーン・フォーク　）　・　一部介助　・　見守り　・　全介助	
	主食	ご飯　・　お粥　・　粥とろみ　・　おにぎり　・　ミキサー　・　ゼリー
	副食	普通　・　一口大　・　刻み　・　とろみ　・　ミキサー　・　ゼリー
	制限食	無　・　有（　減塩食　糖尿食　腎臓食　）
	アレルギー	無　・　有（　）
整容	自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　（　介助項目：　）	
排泄	自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助（トイレ　・　PWC　・　リハパン　・　オムツ） 尿便意（　無　・　有　）　失禁（　無　・　有　）	
更衣	自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　（　介助部位：　）	
入浴	自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　（　浴槽　・　シャワー浴　）	
移動	自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助 補助具（　無　・　有の場合：　杖　・　歩行器　・　車椅子　）	
基本動作	寝返り　（　自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　） 起き上がり（　自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　） 座位　（　自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　） 立位　（　自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　） 移乗　（　自立　・　見守り　・　一部介助　・　全介助　）	
コミュニケーション	可　・　不可（　認知症　：　無　・　有　） 視力低下（　無　・　有　）　難聴（　無　・　有　）	
家事	調理　・　洗濯　・　掃除　・　買い物　・　電話　・　金銭管理　・　未実施	
趣味		

※ お薬手帳又は薬剤情報のわかるものを添付ください。

個人情報の取り扱いについて

1. ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
2. また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。

ご不明な点などございましたら、下記にお問い合わせ下さい。

〒640-0401　和歌山県紀の川市貴志川町丸栖 936-3　TEL：080-8844-1476（デイ直通）　FAX：0736-64-2820
社会医療法人三車会　介護老人保健施設みくるま　通所リハビリテーション　問い合わせ：丸山・田村