

## 通所リハビリテーション体験利用申込書

体験利用希望日      年      月      日 (      )

フリガナ 利用者氏名	様 (男・女) M・T・S	年	月	日	(      ) 歳
住所	要支援 1・2				
電話番号	要介護 1・2・3・4・5				
緊急連絡先 (名)	(続柄)	Tel			

介護老人保健施設かがやきの通所リハビリテーション体験利用にあたり、裏面の内容に関して十分な説明を受け、内容を理解した上で体験利用をお願い致します。

主病名	
麻痺・拘縮等	麻痺 (有・無)    拘縮 (有・無)    疼痛 (有・無)    意思疎通 (可・不可)
利用中の服薬	有 ・ 無 (自己にて飲む・手渡しにて声かけ必要・介助必要)
既往歴 (病気に関する特記事項)	
利用目的	
排泄	リハビリパンツ    オムツ    パット    布パンツ
尿意	有 ・ 無 (常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない)
便意	有 ・ 無    毎日有り    1週間に (      ) 回くらい    下剤 (使用・不使用)
移動	自立    見守り    一部介助    全介助
移動手段	独歩    杖    歩行器    車椅子 (自操・介助)    つたい歩き    手押し車    装具 (有・無)
食事	自立    見守り    一部介助    全介助    胃ろう
	嚥下困難 (有・無)    とろみ (有・無)    義歯 (有・無 上 下)
主食	米飯    おにぎり    全粥    粥ゼリー
副食	普通食    粗キザミ (一口大)    細キザミ (みじん切り大)    ソフト食
	糖尿病 (有・無)    エネルギー (      ) kcal    塩分 (      ) g
	アレルギー食品/嫌いな食品 (      )
	スプーン (大・小)    フォーク (大・小)    自助皿    自助スプーン

担当ケアマネジャー

事業所 (      )  
名前 (      ) 様

介護老人保健施設かがやき

通所リハビリテーション

Tel 06-6850-3457

Fax 06-6850-9700

通所リハビリ 相談員 : 宮崎/野原

## 通所リハビリテーション診療情報提供書

ご担当医先生 御侍史

貴院にてご加療中の患者様が、当施設の通所リハビリテーション（デイケア）利用を希望されております。開始にあたり、以下の内容をご記載いただき現在の状態について情報提供くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。なお、この情報は当施設の利用目的以外には使用いたしません。

氏名	男・女	T・S 年 月 日 ( 歳)
主たる傷病名 および治療内容・ 経過		
既往歴		
処方薬	お薬手帳 有 ・ 無 ※手帳があれば詳細は必 要ありません	詳細
感染症の有無	無 ・ 有 ※HCV、HBs、MRSAについて現在わかっているものがある場合、記載ください HCV ・ HBs ・ MRSA ・ その他 ( )	
通所リハビリテ ーション利用	可 ・ 不可	
注意点および 禁忌事項		
<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">年 月 日</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">                     医療機関名                       住所                      電話番号                      医師名                 </div> <div style="width: 35%; text-align: center;">                     印                 </div> </div>		