

## 無 料 体 験 申 込 書

フリガナ		住 所
氏 名		(〒 - )
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 年齢 歳 / 性別 男 ・ 女	連絡先 (TEL) 自宅： 携帯：
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	

障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
<b>ADL</b>	
食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 座れるが移れない <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 自立
整容	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
平地歩行	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車椅子操作が可能 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 自立
階段昇降	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
更衣	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立
担当事業所名：	担当者氏名：
連絡先：TEL	FAX：

体 験 日： 月 日 ( ) AM ・ PM

## 送迎について

- ・ 玄関前に送迎車を駐停車可能ですか？ はい いいえ
- ・ マンション・団地の場合のポイント場所は？ ( )
- ・ 歩行器具の持参はありますか？ なし 杖 押し車系 車椅子
- ・ 送り出しはありますか？ なし あり ( 家族 ・ ヘルパー ・ CM ・ その他 )

解決すべき課題について

◎リハビリを希望するにあたり、改善したい事・目標としたい事をできる限り詳しく教えてください。

例) ○○の痛みを緩和し、筋力を強化して歩行を安定させたい。など

( )

健康状態について

1. 現在、治療中の病気はありますか？

認知症 ・ 脳卒中 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ リウマチ  
高血圧症 ・ 不整脈 ・ 脊柱管狭窄症 ・ 膝関節症 ・ パーキンソン病  
骨折(部位 ) ・ その他 ( )

2. 以下の障がいがありますか？

片麻痺(右・左 / 不全麻痺・完全麻痺) 言語障がい 視覚障がい 嚥下障がい  
聴覚障がい 補聴器(右・左 / あり・なし)

3. これまでに手術したことがありますか？

なし  
あり：病名 ( ) 時期 ( )

4. 現在、体に痛みはありますか？

なし  
あり：部位 ( ) 鎮痛剤の使用 なし あり

5. 現在、以下の薬を服用していますか？

認知症 ・ 降圧剤 ・ 抗凝固剤(抗血小板剤含む) ・ 不整脈 ・ ニトロペン  
血糖降下剤 ・ インスリン注射 ・ 骨粗鬆症 ・ パーキンソン ・ ステロイド ・ 抗がん剤  
※本利用が決まれば、お薬手帳の提出をお願いしています。

6. かかりつけ病院を教えてください。

病院名 ( ) 医師名 ( )

7. リハビリについて、主治医からの禁忌事項の指示または、ご意見がありますか？

なし  
あり：具体的に記入してください。  
( )