

無 料 体 験 申 込 書

| | | |
|------|---|-------------------------|
| フリガナ | | 住 所 |
| 氏 名 | 様 | (〒 -) |
| 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 |

| ADL | | IADL | |
|------------|---|-------------|--|
| 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 調理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 () |
| 椅子とベッド間の移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 座れるが移れない <input type="checkbox"/> 全介助 | | 洗濯 |
| 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 掃除 | |
| トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 電話応対 |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 金銭管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 平地歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車椅子操作が可能 <input type="checkbox"/> 全介助 | 服薬管理 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 階段昇降 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 交通機関の利用 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 起居動作 | |
| 排便コントロール | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 起き上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | | 座位 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | | 立ち上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | | 立位 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |

| | |
|------------------|--------|
| 担当事業所名： | 担当者氏名： |
| 連絡先： 事業所 CM携帯 | FAX： |

体 験 日： 月 日 () AM ・ PM

送迎について

- ・ 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 (アルツハイマー型 / 血管性 / レビー小体型 / 前頭側頭型) ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症
脳卒中 (脳梗塞 / 脳出血 / くも膜下出血) ・ 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、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。

()

