

一日体験申込書

医) 橋本クリニック通所リハビリテーション

無料にて体験利用を実施しています。以下にご記入の上、FAXでご返送ください。

記入日 年 月 日

利用者名	生年月日	性別
	T・S 年 月 日	男 ・ 女
住所		電話番号
		() -
緊急連絡先		電話番号
氏名	本人との関係 ()	() -
要介護状態区分		
要支援	1 2	要介護 1 2 3 4 5
既往歴・疾患名		
制限等	減塩	有 ・ 無
	水分制限	ディ利用時 m l
お昼の服用	利用上の留意点	
有 ・ 無		
ご利用者様のADL情報		
移動・歩行	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 押し車 ・ 要介助 ・ 車椅子	
食事	ご飯：普通・小 お粥：普通・小 おかず：1口・普通	
	魚：ほぐし 有 ・ 無 その他 ()	
	アレルギー：有 () ・ 無 好き嫌い：有 () ・ 無	
義歯	有 () ・ 無	
コーヒータイム	コーヒー ・ ミルクティー	
排泄	自立 ・ 要介助	
入浴	有 ・ 無	
認知症	有 () ・ 無	
麻痺の有無	有 () ・ 無	
車への移乗	可 ・ 不可	
紙パンツ・パット使用	紙パンツ 有 ・ 無	パット 有 ・ 無
居宅介護支援事業所名	ケアマネジャー名	電話番号
		() -

利用希望日： 年 月 日 () 希望

橋本クリニック通所リハビリテーションFAX番号 06-6991-2578