

通所リハビリテーション1日見学申込書

受付 令和 年 月 日

フリガナ 氏名		M/T/S	年	月	日	(才)
住所						
電話番号						
介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5				
リハビリの目的						
送迎の希望 (有・無)			送迎時の車椅子乗車 (要・不要)			
障害	有・無 (内容:)					
麻痺	有・無 1:片麻痺 (右・左) 2:四肢麻痺					
	3:単麻痺 (部位:)					
食事	1:自立 *箸使用・スプーン使用 2:一部介助 3:全介助					
	*むせ (有・無) 状況()					
食事内容	*カロリー制限 (有・無) 内容()					
	*塩分制限 (有・無) 内容()					
	*その他制限 ()					
	主食 1常食 2軟飯 3全粥 4ソフト 副食 1常食 2一口大 3粗刻み 4刻み 5ソフト 6ペースト					
歩行	1:自立 2:見守り 3:一部介助 4:全介助					
排泄	1:自立 2:見守り 3:一部介助 4:全介助					

ふれあいクリニック泉
通所リハビリテーション事業所

2015.8