

# 体験申込書

受付日時

フリガナ			
利用者氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日( 歳 )		
住所	電話番号		
連絡先	(続柄)		
主病名			
かかりつけ病院	Dr名		
介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
有効期間	負担割合 1割・2割・3割		
担当CM	事業所名 氏名	電話番号	
ADL	身体機能 (麻痺・拘縮など)	麻痺 無・有( )	拘縮 無・有( )
	移動	自立	見守り 一部介助 全介助
	移動手段	独歩・杖使用・車椅子・その他( )	
	排泄	自立	見守り 一部介助 全介助
		布パンツ・リハビリパンツ・紙オムツ・その他( )	
	更衣	自立	見守り 一部介助 全介助
認知機能	自立	病院内の案内が必要	
経過			
送迎	乗用車	車椅子カー	介助者、家族等の 付き添い 有・無
車椅子	ご本人のもの ・ ひかり病院のもの		
体験希望日	第一希望 月 日 (AM PM)	第二希望 月 日 (AM PM)	
その他	生活保護 受けている・受けていない		
備考	その他、リスク面等注意点があれば、記載をお願いいたします。		

通所リハビリ スタッフ確認欄	ワーカー	理学療法士	送迎	その他
-------------------	------	-------	----	-----

(医)全心会 寝屋川ひかり病院

Q-4-NB-リ-67-8