

希望体験日 令和 年 月 日( )

|   |       |     |            |         |            |
|---|-------|-----|------------|---------|------------|
| 希望体験時間 ①9:00~10:00 ②11:00~12:00 ③14:00~15:00 ④16:00~17:00 |       |     |            | 希望時間    |            |
| フリガナ  |       | 性別  | 生年月日       | 介護度     |            |
| 体験者名  | 様     | 男・女 | M・T・S      | 事業対象者   | 要支援<br>1・2 |
|   |       |     | 年月日(満歳)    |         |            |
| 住所  | 大阪府堺市 |     | TEL        |         |            |
| 緊急連絡先氏名   |       | TEL |            | 体験者との関係 |            |
| 申込者氏名   |       | TEL |            | 体験者との関係 |            |
| 居室支援事業所(CM)   |       |     | 担当ケアマネージャー |         |            |
|   | (TEL) |     | (FAX番号)    |         |            |

体験者のADL等について

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 病歴                            | 現疾患名   |
| 既往歴<br>(過去の病気や骨折)             |  |
| 痛み                            | <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> その他( )    |
| 麻痺                            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位( )  |
| 拘縮                            | <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢                            |
| 病気・身体に関する特記事項<br>(禁忌や拘縮の程度など) |  |
| 歩行状態                          | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす |
| 利用目的                          |  |
| 備考                            |  |
| 持ち物                           | 運動しやすい服装 ・ 運動しやすい上履き ・ タオル   |

予防専門リハビリ施設 Re-Base Watashiba

〒593-8303 堺市西区上野芝向ヶ丘町5-22-28

TEL 072-242-3495 FAX 072-242-3496

●送迎時間は事前に連絡いたします。

