

通所リハビリテーション体験利用申込書

体験利用希望日	年	月	日
---------	---	---	---

フリガナ 利用者氏名	様 (男・女) M・T・S 年 月 日 () 歳
住所	要支援 1・2
電話番号	要介護 1・2・3・4・5
緊急連絡先	(続柄) TEL

介護老人保健施設かがやきの通所リハビリテーション体験利用にあたり、裏面の内容に関して十分な説明を受け、内容を理解した上で同意します。

平成 年 月 日
氏名 _____ (続柄) 印

主病名	
麻痺・拘縮等	麻痺(有・無) 拘縮(有・無) 疼痛(有・無) 意思疎通(可・不可)
利用中の服薬	有・無 (自己にて飲める・手渡しにて声かけ必要・介助必要)
既往歴 (病気に関する特記事項)	
利用目的	
排泄 尿意 便意	リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ 有・無 (常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない) 有・無 毎日有り 1週間に()回くらい 下剤(使用・不使用)
移動 移動手段	自立 見守り 一部介助 全介助 独歩 杖 歩行器 車椅子(自操・介助) つたい歩き 手押し車 装具(有・無)
食事 主食 副食	自立 見守り 一部介助 全介助 胃ろう 嚥下困難(有・無) とろみ(有・無) 義歯(有・無 上 下) 米飯 おにぎり 全粥 粥ミキサー 普通食 粗キザミ(一口大) 細キザミ(みじん切り大) ミキサー食 糖尿病(有・無) エネルギー() kcal 塩分() g アレルギー食品/嫌いな食品() スプーン(大・小) フォーク(大・小) 自助皿 自助スプーン

豊中市立介護老人保健施設かがやき
通所リハビリテーション
TEL 06-6850-3400
責任者(療養課長補佐) 市村
支援相談員 山下・石垣

通所リハビリテーション体験利用説明書

【実施時間】

通所リハビリテーション体験利用の実施時間は、概ね9時から15時30分までの間となります。

【送迎】

当施設による送迎を希望される方は、体験利用申込み時に支援相談員までお申し出下さい。
なお、送迎費用は無料で実施いたします。

【利用料】

昼食代500円・おやつ代100円を、ご利用当日に徴収させていただきます。

【利用者の留意事項】

- (1) 団体生活の秩序を守り、相互の和に努めること。
- (2) 他の利用者をはじめ他人に迷惑となる行為をしないこと。
- (3) 所定の場所以外において火気を使用しないこと。
- (4) 現金・貴重品を持ち込まないこと。
- (5) 宗教の勧誘、特定の政治活動及び営利行為をしないこと。
- (6) ペット等を持ち込まないこと。
- (7) その他職員指示に従うこと。

【個人情報の保護】

管理者は、利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、細心の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

【緊急時の対応】

- (1) 来所時の健康チェックにより発熱等がある場合は、当施設の医師が診察いたしますが、当日、リハビリ等が困難と判断された場合は、帰宅していただくことがあります。
- (2) 疾病の内容により専門的な治療を必要とする場合は、当施設の医師の指示に基づき協力病院等に受診していただきます。