**リハビリデイサービス　りらいふ　　体験利用申込み書**

**申込日　令和　　　年　　　月　　　日**

**【ご利用者様の基本情報について】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | | |  | | | | | | **性別** | **生年月日** | | | | | | **年齢** |
| **氏名** | | |  | | | | | | 男性 女性 | 大・昭　　年　　月　　日生 | | | | | | 歳 |
| **住所** | | | **〒** | | | | | | | **電話番号** | | | |  | | |
| **緊急**  **連絡先** | | | **フリガナ** |  | | | | | **続柄** | **電話番号** | | | |  | | |
| **氏名** |  | | | | |  | **携帯番号** | | | |  | | |
| **介護**  **認定** | | | 要支援（　　　　） ・ 要介護（　　　　） | | | | | | | **負担割合区分**  **（お支払い）** | | | | 1 ・ 2 ・ 3　割  免除（生保など） | | |
| **住まい** | | | 同居　・　独居（　家族や身内が近くに　いる　・　いない　） | | | | | | | | | | | | | |
| **【ご利用者様の健康状態について】※なるべく直近のものを上段に記載下さい。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主な病名（現病歴及び既往歴）** | | | | | | **発症（発病）**  **時期** | | | **治療経過**  **状況確認** | | | **担当医療機関**  **（担当医師）** | | | | |
| **①** |  | | | | | 年　月　日 | | | □治療(通院)中  □治療終了 | | |  | | | | |
| **②** |  | | | | | 年　月　日 | | | □治療(通院)中  □治療終了 | | |  | | | | |
| **③** |  | | | | | 年　月　日 | | | □治療(通院)中  □治療終了 | | |  | | | | |
| **④** |  | | | | | 年　月　日 | | | □治療(通院)中  □治療終了 | | |  | | | | |
| **⑤** |  | | | | | 年　月　日 | | | □治療(通院)中  □治療終了 | | |  | | | | |
| **⑥** |  | | | | | 年　月　日 | | | □治療(通院)中  □治療終了 | | |  | | | | |
| **上記以外はこちらにご記入下さい。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **【体験利用に至った症状や理由について】※体験時のプログラム設定の参考にさせて頂きます。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　肩こりがある　　　　　　□　猫背が気になる　　　　　　□　肩や首の痛みがある  □　腰の痛みがある　　　　　□　圧迫骨折がある　　　　　　□　膝の痛みがある  □　しびれがある　　　　　　□　筋力の低下を感じる　　　　□　歩行が困難となってきている  □　入退院後である（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **【体験利用の希望枠について】※希望枠に〇を付けて下さい。日にちは確認後、こちらで調整致します。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **体験希望曜日** | | | | | **月** | | **火** | **水** | | | **木** | | **金** | | **土** | |
| **午前（ 9：00～12：10）** | | | | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |
| **午後（14：30～17：40）** | | | | |  | |  | **×** | | |  | |  | | **×** | |
| **車椅子・カートなど使用** | | | | | あり　・　なし | | | **ご家族様の同行** | | | | | あり　・　なし | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
| **【希望されるリハビリプログラムについて】※この他にもありますので、当日ご紹介致します。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　マシーンを使用してのリハビリ　　　　　　　　　□　個別徒手リハビリ（マッサージ・ストレッチ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　物療機器（足温器、低周波など）　　　　　　　　□　リカンベントバイク（下肢の運動） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　滑車リハビリ（上半身の運動）　　　　　　　　　□　歩行訓練（平行棒） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　脳活トレ・口腔リハビリ　　　　　　　　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **【その他】※気になることがございましたら、ご記入下さい。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **【居宅介護支援事業所（担当ケアマネ）】** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **事業所名** | |  | | | | | | | | **担当者名** | | | |  | | |
| **住所** | | **〒** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **TEL** | |  | | | | | | | **FAX** | |  | | | | | |

**ＦＡＸ　０６－７５０８－５５９５**

**上記番号までFAXお願い致します。確認次第、ご連絡させて頂きます。**

**≪体験当日の持ち物≫**

**・各自で水分補給用の飲み物をご持参下さい。（ペットボトルのお茶やお水、水筒など）**

**・上履き（履き慣れた靴の裏を拭いて使用も可）　※スリッパはお控え下さい。**

**・マスク着用でお願いします。**

**リハビリデイサービス　りらいふ**

**事業所住所　：　〒559－0001　　大阪市住之江区粉浜１－２３－１**

**電話番号　：　０６－７５０８－５５９５　　（専用携帯）０９０－２３８５－６０２０**