

# 利用申込書

利用者	氏名	ふりがな -----	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日生	歳	
	住所	〒 -				TEL				
介護認定		要支援( )・要介護( ) 有効期間 :平成 年 月 日～平成 年 月 日								
居宅介護支援事業所						担当者				
						TEL				
希望曜日		午前	月曜・火曜・水曜・木曜・金曜				希望利用回数		回/週	
		午後	月曜・火曜・水曜・木曜・金曜						回/週	
かかりつけの病院	病院		科	住所	TEL ( )					
	主治医 先生									
	病院		科	住所	TEL ( )					
	主治医 先生									
既往歴・現病歴	病名	治療時期	治療内容・処方内容							
		年 月								
		年 月								
		年 月								
		年 月								
		年 月								
緊急連絡先	氏名		続柄	同居・別居	緊急時連絡先TEL (自宅・携帯・勤務先)					
	1	ふりがな		同居・別居	①	自宅・携帯・勤務先				
					②	自宅・携帯・勤務先				
	2	ふりがな		同居・別居	①	自宅・携帯・勤務先				
					②	自宅・携帯・勤務先				

## 主治医からの意見

トレーニング機器を使用したパワーリハビリを利用する事について 許可・不可  
運動にあたっての注意事項

血圧 (        /        ) 以上中止

脈拍 (        ) 以上中止

運動機能障害	四肢欠損・関節拘縮・麻痺・失調・不随意運動／部位及び機能( )	
感染症	無・有 感染症名( )	排菌部位( )
視力	普通・弱視(左・右・両目)・全盲	備考(家族構成、住環境)・その他 本人◎ 主介護者☆
聴力	普通・やや難聴(左・右・両耳)・難聴	
歩行	自立・何かにつかまればできる・できない・四つ這い	
移動	自立・杖・歩行器(手押し車)・車いす	
排泄	自立・間接的援助のみ・直接的援助・全介助	
オムツ	使用せず・リハビリパンツ・パット・オムツ	
意思の伝達	できる・時々できる・ほとんどできない・できない	
理解	できる・時々できる・できない	
問題行動	無・有( )	
住環境	一戸建て・マンション・アパート・集合住宅	
普段のバイタル	血圧( ) 体温( )脈( )	

生活状況

デイサービスでのトレーニングへの参加を通して、「こうなりたい」「これができるようになりたい」など、希望・目標をご記入下さい。

記入日：平成 年 月 日  
松本デイサービスセンター