

通所リハビリテーション・デイサービス

基本 NO	通所リハ NO	デイサービス NO	担当者
*	*	*	*

フリガナ		申込日	平成	年	月	日
ご利用者氏名						
サービス区分(○印)	・通所リハビリテーション(ベルアルト)		・デイサービス(ベルライブ)			
希望回数 曜日	()回/週	月	火	水	木	金 土
通所サービスを希望する理由						
下記の該当するところに ○ を付けてください。介護の参考にさせていただきます。						
移動	・歩行	・杖	・歩行器(本人所有 あり・なし)	・車椅子(本人所有 あり・なし)		
入浴	・機械浴	・一般浴	・入浴なし			
食事(主食)	・ご飯	・お粥	・その他 ()			
(副食)	・普通	・軟らかい	・きざみ	・ミキサー食		
排泄	・自分で行く	・声かけ必要	・定期的な介助			
お薬	・ある(飲み薬・目薬・貼り薬・塗り薬)			・なし		
送迎	送迎は希望されますか		・希望する	・希望しない		
機能訓練	リハビリを希望されますか		・希望する	・希望しない		
ご本人が望む生活上の希望 (例文を参考に ご記入ください)	<ul style="list-style-type: none"> ・移動 (例)杖を利用し歩けるようになりたい () ・更衣 (例)間違えずに着替えたい () ・食事 (例)自分でおいしく食べたい () ・排泄 (例)スムーズに便器へ移りたい () ・入浴 (例)自分で体が洗えるようになりたい () ・その他 () 					
備考	在宅でお困りな点や今後ご希望されるサービス等ありましたらご自由にお書きください					