

令和6年4月1日改定

## 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(時間	~	)	
担当ケアマネ(					連絡先	)

フリガナ 利用者氏名	(男・女) M・T・S	年	月	日
様( )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		

介護老人保健施設アルカディア通所リハビリテーション体験利用にあたり、別紙(通所リハビリテーション体験説明書)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。

令和 年 月 日

氏名 (続柄)

※医療的な支援・管理もあるため受入には必要な情報です。ご記入ください。

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)
現在の服薬状況	有・無 ※昼薬がある場合は、お薬手帳またはお薬の説明書の持参をお願いします
既往歴 (病気に 関する 特記事項)	
利用目的	
排泄	下着：布パンツ リハビリパンツ オムツ パット 尿意：有・無 (常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない) 便意：有・無 (常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない) 頻度：毎日有り 1週間に( )回くらい 下剤(使用・不使用)
移動	手段：独歩 杖 歩行器 車椅子(自走・介助) その他： 方法：自立 見守り 一部介助 全介助 特記：
食事	手段：自立 見守り 一部介助 全介助 胃ろう 主食：米飯 アチビー 全粥 副食：軟菜 極軟菜 極軟菜キザミ 流動食 自助食器：要・不要 備考：アレルギー食品(薬) / 嫌いな食品( ) その他：
お薬	あり：昼食前 昼食後 (自己にて飲む・手渡しにて声かけ必要・介助必要) なし

介護老人保健施設アルカディア通所リハビリテーション

TEL 098-878-1675 Fax 098-875-4183  
課長 富原 唯 相談員 荒井・島袋

## 通所リハビリテーション体験利用説明書

### 【実施時間】

アルカディア通所リハビリテーション体験利用の実施時間は、概ね 10 時から 15 時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。

### 【リハビリ】

個別的なリハビリについては、利用者様の安全の為、主治医の診療情報提供書を確認し実施することを原則としています。体験時は集団体操、体力測定を中心に行いますのでご了承ください。

### 【入浴】

主治医の診療情報提供書にてバイタル、疾患における留意点等、利用者様の状態を確認し実施することを原則としています。体験時は見学にて対応させていただきますのでご了承ください。

### 【利用料金】

昼食代650円・日常生活費、教養娯楽費150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) 敷地内は全面禁煙となっています。
- (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】

※基本的には体調の悪いときは体験利用を御控え下さい。

- (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・看護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、ご家族様に連絡し家族送迎にて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、当施設の医師看護師の指示に基づき協力病院（浦添総合病院）に受診していただきます。  
※ご家族様に連絡し、受診付き添いをお願いします。

令和6年4月1日改定

**体験・新規利用についての体調確認事前問診票**

氏名：  
記載日： 年 月 日

問診内容を記入いただき、該当する項目がある場合に当施設の医師・看護師の判断により体験・新規利用をお断りするか、再度日程調整しての利用とさせていただくことがあります。ご了承ください。

以下、問診項目（はい・いいえに○を付けてお答えください）

**現在の本人の状態**

- ・5日間のあいだに発熱、咳、のどの痛みはありますか ( はい ・ いいえ )
- ・悪寒、頭痛、筋肉痛、嘔吐、腹痛、下痢はありますか ( はい ・ いいえ )

**同居する家族の状態**

- ・5日間の間に同居家族の中に、発熱、咳、のどの痛み、倦怠感等体調不良がある人はいますか ( はい ・ いいえ )

※回答した時から、体験、利用開始まで上記項目に『はい』の状態に変更になる場合は必ず度連絡ください。

介護老人保健施設アルカディア  
通所リハビリテーション  
TEL 098-878-1675  
課長 富原 唯  
相談員 荒井・島袋