令和5年度 リハビリ教室 事前アンケート

ふりがな								
受講希望者								
氏 名								
受障原因	診断名			受障年	月日	年		月
麻痺の有無	□あり	□右片麻痺 □その他(口左片麻痺	「「	- - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 - 5 -)		口なし
その他の 障がいの有無	□あり	言語・視覚・原具体的に	感覚・高次脳機能の	章がいなど				□なし
障害者手帳の 種類・等級	種類			等級		要介護 区分		
介助者の有無	口あり	□ご家族 続机	丙()		ロなし
移動方法	口杖・補物	の歩行 介助だ 長具等を使用 (使用している物:	()
	□車いす自走可能 □車いす要介助							
			口一部介助	口全介!				
	・トイリ		口一部介助	口全介目				
日常生活動作		学: 口自立	口一部介助	□全介則				
(ADL)		事: 口自立	口一部介助	口全介!! 口全介!!				
について	について ・座位保持: 口自立 ロ一部介助							
	・立位保持	立位保持: 口自立 口一部介助 口全介助			功			
	・起立動作	乍: 口自立	口一部介助	口全介則	功			
現在の 健康状態	口良い							
	□普通							
	□悪い:状態(
治療中の ケガ・病気	□あり	状態()		ロなし
薬の服用 の有無	□あり	薬の種類()		ロなし
普段取り組んでいる スポーツ・リハビリ	□あり	具体的に()		ロなし
教室参加にあたり 配慮が必要なこと	□あり	発作の有無な。 具体的に(<i>L</i> *)		ロなし
本教室への 参加理由 要望など								