

# 通所・訪問リハビリテーション申込書(通所リハ・訪問リハ)

平成 年 月 日

ふりがな 利用者氏名			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
			性別・年齢	男・女 ( 歳)		
利用者住所 連絡先	(〒 - )		TEL:			
介護認定	要支援( 1・2 )		要介護( 1・2・3・4・5 )			
事業所名			ケアマネジャー			
主病名と発症日	(詳細は次ページにご記入ください)					
現在の状況	在宅療養中	主たる介護者				
		医療機関名		主治医		
		退院・退所日				
	病院・施設 入院・入所中	医療機関名		主治医		
退院・退所予定日						
家族構成 (同居者・関係者)	続柄	氏名	続柄	氏名		
本人の希望						
家族の希望						
<b>ケアプラン上、どのようなリハビリ内容をご希望ですか？ 以下の項目にチェックして下さい。</b>						
<input type="checkbox"/> 長期臥床等において褥瘡・拘縮予防が必要						
<input type="checkbox"/> 基本動作(寝返り、起き上がり、立ち上がり)能力の向上 (介助指導も含む)						
<input type="checkbox"/> 日常生活動作(食事、移動、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、更衣等)能力の向上						
<input type="checkbox"/> 在宅改修が必要(手すり、段差、トイレ・浴室改修の提案等)						
<input type="checkbox"/> 介護用品が必要(補助器具、自助具の選択、指導・調整)						
<input type="checkbox"/> コミュニケーション(発語、理解等)能力の向上						
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の向上						
<input type="checkbox"/> その他 ご希望があれば、ご記入ください。						
他サービス 利用状況						
希望曜日・回数	(曜日・回数の希望等記入して下さい)					

## 日常生活動作記録

起居動作	寝返り	自立	一部介助	全介助	手すり ( 使用 ・ 不使用 )	
	起き上がり	自立	一部介助	全介助	手すり ( 使用 ・ 不使用 )	
	座位	自立	一部介助	全介助	手すり ( 使用 ・ 不使用 ) 背もたれ ( 使用 ・ 不使用 )	
	立ち上がり	自立	一部介助	全介助	手すり ( 使用 ・ 不使用 )	
	移乗	自立	一部介助	全介助		
日常生活動作	階段昇降	自立 ( 杖 ・ てすり )		一部介助	行わず	
	移動(屋内)	自立	一部介助	全介助	( 杖 歩行器 つたい歩き 車椅子 )	
	移動(屋外)	自立	一部介助	全介助	( 杖 歩行器 つたい歩き 車椅子 )	
	外出頻度	週に	回程度	主な外出先( )		
	食事	自立	( 箸 ・ スプーン )	一部介助	全介助	むせこみ ( ある ・ ない )
	トイレ(昼)	自立	一部介助	全介助	尿意( ある ・ ない )	
	トイレ(夜)	自立	一部介助	全介助	尿意( ある ・ ない )	
	整容	自立	一部介助	全介助		
	更衣	自立	一部介助	全介助		
	入浴	自立	一部介助	機械浴 ( 椅子 ・ 寝台 )		
	コミュニケーション	できる	できない( 理解 ・ 表出 )		補聴器( 使用 ・ 不使用 )	
	家事	自立	短時間ならできる		できる事( )	できない
身体状況	視力	普通	見えない時がある	見えない	眼鏡 ( 使用 ・ 不使用 )	
	床ずれ	ない	ある	部位 ( ) ポケット ( ある ・ ない )		
	認知症	ない	ある	程度( )		
現病歴・既往歴	(現在までの経過をご記入ください)					
備考						

ご不明な点は、TEL・FAXにてご連絡ください。