

通所・介護予防通所リハビリテーション 申込書

年 月 日

ふりがな 利用者氏名			生年月日	大正・昭和 年 月 日		
			性別・年齢	男・女 (歳)		
利用者住所 連絡先	(〒 -)					
介護認定	更新中・区変中 要支援・要介護 ()	被保険者 番号		介護保険 負担割合	割	
認定日	_____年 ____月 ____日		認定期間	年 月 日～ 年 月 日		
事業所名			ケアマネジャー			
主病名と発症日						
現在の状況	在宅 療養中	主たる介護者				
		医療機関名		主治医		
	病院・施設 入院・入所 中	医療機関名				
		退院・退所予定日				
家族構成	続柄	氏名	同居の有無	家族図		
	主たる介護者		(同・別)			
			(同・別)			
			(同・別)			
			(同・別)			
			(同・別)			
既往歴						
	□認知症(診断日:)アルツハイマー型・脳血管性認知症・レビー小体・その他()					
	□誤嚥性肺炎(診断日:)					
日常生活自立度	障がい自立度【 】		認知症高齢者自立度【 】			
本人の希望						
家族の希望						

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。

<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"/> 住宅改修が必要(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下さい)

日常生活動作記録

日常生活動作等	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子【スタンダード・リクライニング】)
	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子【スタンダード・リクライニング】)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット バルン(あり・なし) ストマ(あり・なし) 尿意(あり・なし) 便意(あり・なし)
	食事等	主食() 副食() <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 自立 (箸・スプーン) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ムセ込み(あり・なし) <input type="checkbox"/> とろみ有 吸引(あり・なし)【日中 回】 インスリン(あり・なし)【固定打ち 回】
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 上下 <input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (一般浴・機械浴)
	麻痺	あり・なし (右麻痺・左麻痺)
	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> たまに通じる <input type="checkbox"/> 時々通じない <input type="checkbox"/> 全く通じない
身体状況	認知症	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度
	視力	
	聴力	
	褥瘡	あり・なし (部位: 大きさ: 深さ: 処置内容:)
酸素	あり・なし (平常 ℓ リハビリ時 ℓ 入浴時 ℓ その他 ℓ)	
お薬	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> その他の時間での服用あり	
現病歴 (現在までの経過をご記入下さい)		
備考		

ご不明な点は、TEL・FAXにてご連絡下さい。

介護老人保健施設 ケアセンター八潮

〒340-0802 埼玉県八潮市鶴ヶ曾根1184番地4 TEL 048-998-2220 FAX 048-994-2215

2023年 9月15日改訂