

訪問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	(〒 -)		駐車場所 (有・無)			
			TEL: (- -)			
介護認定	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			
家族構成	続柄	氏名	同居の有無	続柄	氏名	同居の有無
	<small>主たる介護者</small>		(同・別)			(同・別)
			(同・別)			(同・別)
			(同・別)			(同・別)
本人の希望						
家族の希望						

健康状態・経過

原因疾病 _____	発症日・受傷日 _____	直近の入院日 _____	直近の退院日 _____
現病歴、治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等)			
合併疾患・コントロール状態 (高血圧・心疾患・呼吸器疾患・糖尿病等)			

日常生活動作記録

起居動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	手すり (使用・不使用)
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	手すり (使用・不使用)
	座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	背もたれ (使用・不使用)
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	手すり (使用・不使用)
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
日常生活動作	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(杖 歩行器 伝い歩き 車椅子)
	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(杖 歩行器 伝い歩き 車椅子)
	食事	<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 (ある・ない)
	トイレ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	尿意 (ある・ない) 便意 (ある・ない)
	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	
他サービス 利用状況					
希望曜日・回数					

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 リハビリテーション科 (責任者:山邊)

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