

訪問リハビリテーション申込書

平成 年 月 日

利用者氏名	(よみがな)				
利用者住所	(〒 -)				
利用者TEL	- -				
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
緊急時連絡先 (携帯電話番号)	TEL - -			氏名	
				続柄	
介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
事業所名			担当者名		
主病名			発症日		
既往歴					
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	続柄	氏名		続柄	氏名
同居者			関係者		

どのような目的でご利用を希望されますか？以下の項目にチェックして下さい。

- 長期臥床などにおいて褥瘡・拘縮予防が必要
- 基本動作(寝返り、起き上がり、立ち上がり)が困難(介助指導も含む)
- 日常生活が困難(食事、移動、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、更衣等)
- 在宅改修が必要(手すり、段差、トイレ・浴室改修の提案等)
- 介護用品が必要(補助器具、自助具の選択、指導・調整)
- コミュニケーションが困難(発語、理解等)
- 摂食・嚥下が困難

※基本的には通院が困難な方が受けることができます。

またマッサージ目的での利用はできませんのでご了承下さい。

不明な点、チェック表においても該当しない場合も必要と考えられる際にはTEL・FAXにて連絡してください。

吉川中央総合病院 訪問リハビリ事業所 TEL 048-983-2371(リハビリ直通) FAX 048-940-5741

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 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)	
	座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	手すり (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用) 背もたれ (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 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)	歩行 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	移動(屋外)	歩行 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)	<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"/> 特浴	(<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 座ったまま)	
	トイレ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	尿意 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
その他	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	家事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 短時間なら出来る	<input type="checkbox"/> できない		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見えないときがある	<input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	(<input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 表出)		
	床ずれ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	部位	ポケット(<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)	
	認知症	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	程度 ()		
	本人の希望					
	家族の希望					
	他サービス利用状況					
	減免サービス					
備考						