

訪問リハビリテーション申込書

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="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	手すり (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)	
	起き上がり	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	手すり (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)	
	座位	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 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="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	手すり (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)	
	移乗	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
日常生活動作	移動(屋内)	歩行 <input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす)	
	移動(屋外)	歩行 <input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	(<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす)	
	食事	<input type="radio"/> 自立	(<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	
	更衣	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
	入浴	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 特浴	(<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 座ったまま)	
	トイレ	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	尿意 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	整容	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
その他	家事	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 短時間なら出来る	<input type="radio"/> できない		
	視力	<input type="radio"/> 普通	<input type="radio"/> 見えないときがある	<input type="radio"/> 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="radio"/> できる	<input type="radio"/> できない	(<input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 表出)		
	床ずれ	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> ある	部位	ポケット(<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない)	
	認知症	<input type="radio"/> ない	<input type="radio"/> 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						