

# 通所リハビリテーション申込書

申込日 年 月 日

利用者氏名	(フリガナ)				
利用者住所	(〒 - )				
利用者TEL	- -				
生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
緊急時連絡先	TEL	-	-	氏名	
				続柄	
事業所名		事業所番号			
担当者					
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
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割		
主病名		発症日	年	月	日
現病歴 既往歴 経過					
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	年	月	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		年	月	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？以下のチェック項目にチェックしてください。					
<input type="checkbox"/>	関節可動域改善	<input type="checkbox"/>	筋力強化	<input type="checkbox"/>	歩行能力改善
<input type="checkbox"/>	転倒予防指導	<input type="checkbox"/>	家庭でできる運動の獲得	<input type="checkbox"/>	生活指導
<input type="checkbox"/>	ADL・IADLの向上	<input type="checkbox"/>	疼痛緩和	<input type="checkbox"/>	その他 ( )
※送迎サービスはありませんので、ご自身で通って来られる方が対象となります。					
※トイレでの排泄が可能な方。オムツの使用は出来ません。					
※感染症等の状況に応じてご利用できない場合がございます。					
不明な点、チェック表において該当しない場合も、必要と考えられる際にはいつでもご相談下さい。					
吉川中央総合病院 通所リハビリ事業所 TEL048-983-2371(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"/> 半介助 <input type="radio"/> 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"/> 半介助 <input type="radio"/> 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"/> 半介助 <input type="radio"/> 介助	手すり <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用
	立ち上がり	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 半介助 <input type="radio"/> 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"/> 半介助 <input type="radio"/> 要介助	( )
日常生活動作	移動(屋内)	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 半介助 <input type="radio"/> 介助	( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 車いす )
	移動(屋外)	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 半介助 <input type="radio"/> 介助	( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き <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"/> 半介助 <input type="radio"/> 全介助
	更衣	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 半介助 <input type="radio"/> 要介助	
	入浴	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 半介助 <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"/> 半介助 <input type="radio"/> 全介助	尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない
	整容	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 半介助 <input type="radio"/> 介助	
その他	家事	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 短時間ならできる <input type="radio"/> できない	
	視力	<input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 見えない時がある <input type="radio"/> 見えない	眼鏡 ( <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> ない )
	意思疎通	<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない	( <input type="checkbox"/> 理解 ・ <input type="checkbox"/> 表出 )
	褥瘡	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある 部位 ( )	ポケット ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ない )
	認知症	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある	特記事項( )
	本人の希望		
	家族の希望		
	CMの希望		
	他サービス利用状況		
	減免サービスの有無	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 特定疾患 ・ <input type="checkbox"/> 減免証 ・ <input type="checkbox"/> 生活保護	
備考	(リハビリの曜日・回数の希望、その他希望あれば記入して下さい。)		