

訪問リハビリテーション利用申込書

年 月 日

医療法人社団 日輝会
うなやま整形外科

次のとおり、訪問リハビリテーションを利用したいので、関係書類を添付して申し込みします。

フリガナ		性別	生年月日		
利用者		男・女	○・△・●	年	月 日(満 歳)
現住所	〒				
電話番号	自宅 ()		携帯 ()		
介護保険	無・有	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	負担割合	1割 2割 3割
		認定期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)			
障害手帳	無・有 (種 級)	特定疾患の認定		無・有	
		※上記「有」の場合、重症度の認定		無・有	
生活保護	無・有	発行期日 (令和 年 月 日)			
		有効期限 (令和 年 月 日)			
緊急連絡先	氏名		続柄	電話番号	
	①			()	
	②			()	
	③			()	
介護支援専門員 (ケアマネージャー)	事業所名		電話番号 ()		
	氏名		FAX番号 ()		
かかりつけの 医療機関	病院・医院 科 先生				
	定期受診	無・有	受診の間隔	回/	週・月
利用希望日	週 回	月・火・水・木・金・土	サービス介入時間 (: ~ :)		
現在の疾病					
既往歴					
利用目的 ※必ずご記入ください					

訪問リハビリテーション利用申込書

日常生活の状況について、あてはまるものに○で囲って必要事項をご記入ください。

食事	主食	ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー ・ 重湯
	副食	普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー
	摂取	出来る (箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ その他) ・ 一部介助 ・ 出来ない
	制限食	無 ・ 有 ()
口腔	状態	自歯 ・ 部分入れ歯 (上 ・ 下) ・ 総入れ歯 ・ 入れ歯なし
	歯磨き	出来る ・ 一部介助 ・ 出来ない
排泄	動作	出来る ・ 一部介助 ・ 出来ない
	場所	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ オムツ ・ その他 ()
	使用物	布オムツ (日中 ・ 夜間 ・ 常時) ・ リハビリパンツ (日中 ・ 夜間 ・ 常時) オムツ (日中 ・ 夜間 ・ 常時) ・ パット (日中 ・ 夜間 ・ 常時)
	その他	尿意 (有 ・ 無) ・ 便意 (有 ・ 無) ・ 失敗 (有 ・ まれ ・ 無) 排便状況 (回 / 日) ・ 浣腸の使用 (有 ・ 無)
更衣	上半身	出来る ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	下半身	出来る ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴	形態	普通浴 ・ 機械浴 ・ 特浴 ・ シャワー浴 ・ 清拭
	動作	出来る ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	寝返り	出来る ・ 掴まれば出来る ・ 一部介助 ・ 全介助
	起き上がり	出来る ・ 掴まれば出来る ・ 一部介助 ・ 全介助
	座位	出来る ・ 背もたれ必要 ・ 一部介助 ・ 全介助
	立位	出来る ・ 掴まれば出来る ・ 一部介助 ・ 全介助
移動	歩行	出来る ・ 出来ない
	補助具	無 ・ 杖 (T字 ・ 4点 ・ その他) ・ 歩行器 ・ 車イス (自走 ・ 介助)
	認知症	無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ・ わからない
	会話	意志を伝えられる ・ 意志を伝えられない

パーソナリティについて、あてはまるものに○をご記入ください。

	徘徊	時間・場所を勘違いする	トイレ以外で排泄することがある	実在しないものが見える
	同じことを言う	興奮することがある	ベッドから落下することがある	思い込みが激しい
	夜間眠れない	怒鳴る、暴力を振るう	転倒することがある	介護に抵抗する
	物忘れが多い	うつ症状がある	食品以外の物を口に含む	不安が強い
	依存的である	入浴を拒否する	自分の体を傷つける	火の不始末がある

特記事項	
------	--

個人情報の取り扱いについて

- ご記入いただいた個人情報は「訪問リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
- また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。

事業所番号 1410603886

FAX: 045-370-6805