

# 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	齢・疋・囀	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				
		認定期間 (平成 年 月 日～平成 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 (平成 年 月 日)						
		有効期限 (平成 年 月 日)						
フリガナ			続柄					
申込者					電話番号		自宅 ( )	
							携帯 ( )	
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		
服薬	無・有 ( 朝・昼・夜・就寝前)							
アレルギー	無・有 ( )							
利用希望日	週 回 ( AM・PM )		月・火・水・金・土					
現在利用中の サービス	日 月 火 水 木 金 土							
	午前							
	午後							
	◎ 訪問看護 ○ 訪問介護 □ 訪問入浴 △ 通所介護 ◇ 通所リハ							
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

身体機能について、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
	帰宅願望がある	入浴を拒否する	自分の体を傷つける	火の不始末がある

主な病歴	
現在の疾病	

## 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**