

# 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・脚	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 (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)			
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	自菌 ・ 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**