

訪問リハビリテーション 利用申込書

記入日 令和 年 月 日

利用者情報					
氏名(フリガナ)		性別	生年月日		
		男・女	年	月	日 歳
住所・電話番号			緊急連絡先		
			様 続柄()		
TEL - -			TEL - -		
介護度 要支援 1・2、 要介護 1・2・3・4・5 申請、区変中					
身体障害者手帳		有・無 ()種 ()級			
生活保護		有・無 担当者		様	
障害高齢者の日常生活自立度		J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
認知症高齢者の日常生活自立度		I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
かかりつけの医療機関・主治医名					
病院名			科	医師(フルネーム)	
住所			TEL - -		
主病名			利用希望日・時間	月 火 水 木 金 土 時間()	
既往歴			希望利用開始日	年 月 日	
利用目的・希望					
本人:			家族:		
ゴール設定					
日常生活動作情報					
	全介助	一部介助	見守り	自立	
基本動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
希望訓練内容				家族構成	
<input type="checkbox"/> 寝返り訓練	<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練	<input type="checkbox"/> 歩行訓練(屋内)			
<input type="checkbox"/> 起き上がり訓練	<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練	<input type="checkbox"/> 歩行訓練(屋外)			
<input type="checkbox"/> 立ち上がり訓練	(トイレ、入浴、更衣)	<input type="checkbox"/> 生活指導訓練			
<input type="checkbox"/> 座位訓練	<input type="checkbox"/> 認知機能訓練	<input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練			
<input type="checkbox"/> 拘縮予防訓練	<input type="checkbox"/> その他()				
他利用サービス					
サービス	御利用日	時間帯	サービス	御利用日	時間帯
<input type="checkbox"/> 訪問介護	() ()	()	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	() ()	()
<input type="checkbox"/> 訪問看護	() ()	()	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア	() ()	()
<input type="checkbox"/> 訪問診療	() ()	()	<input type="checkbox"/> その他	() ()	()
事業所情報					
事業所名称		担当ケアマネージャー様		TEL: - -	
TEL	- -	フリガナ		様	
FAX	- -	氏名			