

訪問リハビリ新規申込書

記入日 年 月 日

事業所情報

| | | | |
|-----------|-----|------------|--|
| 事業所名称・連絡先 | | 担当ケアマネジャー様 | |
| TEL | — — | | |
| FAX | — — | | |

利用者情報

| | | | | |
|----------|-----------|-----------------|-----------|----------|
| 氏名(フリガナ) | | 性別 | 生年月日 | |
| | | 殿 男・女 | 年 | 月 日 (歳) |
| 介護度 | [要支援] 1 2 | [要介護] 1 2 3 4 5 | 申請中 | |
| 身体障害者手帳 | (有 ・ 無) | → ()種 | ()級 | |
| 特定疾患の認定 | (有 ・ 無) | 重症度の認定 | (有 ・ 無) | |

| | |
|---------|------------|
| 自宅住所 | 緊急連絡先 |
| | ()様 続柄() |
| TEL — — | TEL — — |

かかりつけの医療機関・主治医名 (定期的[2週間～月1回]受診されている病院をお書き下さい)

| | |
|-------------------|----------|
| 施設名 _____ 科 _____ | 医師 _____ |
| 住所 _____ | TEL — — |
| ※フルネームでお願いします | |

| | |
|---------|--------------|
| 現病歴・既往歴 | ゴール設定(または希望) |
| | |

日常生活・活動状況

| | | | | | |
|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | 全介助 | 一部介助 | 見守り | 自立 | 〈その他〉 |
| 基本動作 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 日常生活動作 | <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"/> | |

日常生活・活動状況

家族構成・協力

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 寝返り訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 座位保持訓練 <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 <input type="checkbox"/> 立ち上がり訓練 <input type="checkbox"/> 家庭でできる運動 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 拘縮予防 <input type="checkbox"/> その他() | |
|---|--|

他のサービス (御利用中のサービスにチェックして下さい。)

| サービス内容 | ご利用日 | 時間帯 |
|-------------------------------------|---------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 | 月・火・水・木・金・土・日 | 午前・午後(: ~ :) |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 | 月・火・水・木・金・土・日 | 午前・午後(: ~ :) |
| <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 | 月・火・水・木・金・土・日 | 午前・午後(: ~ :) |
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | 月・火・水・木・金・土・日 | 午前・午後(: ~ :) |
| <input type="checkbox"/> デイサービス | 月・火・水・木・金・土・日 | 午前・午後(: ~ :) |
| <input type="checkbox"/> ショートステイ | 1月当たり 約 日 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | 月・火・水・木・金・土・日 | 午前・午後(: ~ :) |
| <input type="checkbox"/> 訪問リハビリの希望日 | 月・火・水・木・金・土・日 | 午前・午後(: ~ :) |

退院予定日 年 月 日 訪問リハビリ希望開始日 年 月 日