

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M							
1	<b>通 所 利 用 申 込 書</b>																			
2	区 分		通所リハビリテーション利用希望日					家族状況												
3	希望日・曜日		月・火・水・木・金・土					1人暮らし・夫婦世帯・家族と同居												
5	利用者 希望者	ふりがな						性別	生 年 月 日											
7								男	明・大・昭 年 月 日生 ( )才											
8															女					
9																				
10	要介護度		要支1・要支2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5・申請中					認定 期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
12	住 所	〒						電 話 番 号	( ) -											
13		・生活全般について  ・リハビリテーションについて  ・その他							現 在 の 病 名	病 名		発病年月日								
15																				
16																				
17	利用者及び家族の意向						既 往 歴													
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37	主治医		病院名 ( ) TEL ( ) -																	
38	居宅支援事業所				担当ケアマネージャー															
39	現 在 の 状 況	1. 入院中(病院名 )						2. 施設入所中(施設名												
40		3. 在宅・外来受診 あり(病院名 )						なし												
41	・趣味						家 族 状 況													
42																				
43																				
44	・性格																			
45																				
46																				
47	・職歴																			
48																				
49	家族状況 (主介護者及び副介護者を記入して下さい)																			
50	氏 名		住 所					連 絡 先			続柄	同別居								
51			〒					自宅												
52								携帯												
53								勤務先												
54			〒					自宅												
55								携帯												
56								勤務先												

○ 身体状況について当てはまるものにマルをつけてください。

立位	1人で出来る ・ 何かにつかまれば立てる ・ 介助すれば出来る ・ 出来ない
移動	自立・手すり等つかまって歩く・杖を使用・老人車を使用・車椅子を使用(自走・介助)
食事	1人で出来る ・ 介助が必要(一部・全部) ・ アレルギー(有・無) ・ 義歯(有・無)
食事形態	普通食 ・ 柔らか食 ・ 刻み食 ・ お粥・ミキサー食 ・ 経管栄養(胃瘻・鼻腔)
排泄	自立 ・ リハビリパンツ ・ パッド ・ 紙おしめ ・ その他
着替え	自立 ・ 見守りが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助
会話	意思を伝えられる ・ 意思を伝えられない
認知症	自立 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ・ 不明
麻痺の有無	右麻痺 ・ 左麻痺 ・ その他
家事	炊事(出来る ・ 出来ない) ・ 掃除(出来る・出来ない) ・ 洗濯(出来る ・ 出来ない)
金銭管理	自分で可能 ・ 自分で出来ない
買い物	1人で出来る ・ 1人では出来ない
乗り物酔い	有り ・ 無し
その他	目が見えにくい ・ 難聴(右耳 ・ 左耳) ・ 言葉が出にくい ・ 嚥下障害あり
○ ご利用者、ご家族が施設に望まれることをご記入下さい。	
○ ご利用者、ご家族がご家庭で困っていることがあればご記入下さい。	