

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | | | | | | | |
|----|---------------------------|---|---------------------------------|---|------------|---|------------------|------------------|-----------------------|-----|----|-------|---|--|---|--|--|--|--|--|
| 1 | 通 所 利 用 申 込 書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | |