

申し込み日：R 年 月 日

短時間通所リハビリ 申込書

氏名		性別	生年月日			
		男・女	M・T・S	年	月	日（ 歳）
住所	〒		連絡先	①（ ）	—	
				②（ ）	—	
係りつけ病院		病院	科	先生		
介護度	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
担当ケアマネジャー 氏名		（事業所： ）				
利用希望日	月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜					
希望時間帯	(9:15~10:45) (11:00~12:30) (12:45~14:15) (15:00~16:30) (土曜日のみ 10:30~12:00)					
日常生活で困っていることや要望等がありましたら記入してください。						

<問合せ先>

〒708-0004 岡山県津山市山北550

短時間通所リハビリテーション 情報記入書

氏名		性別	生年月日		
		男・女	M・T・S	年	月 日
住所	〒				
連絡先	① ()		続柄		
	② ()		続柄		
介護度		介護保険有効期間	H	年	月 日～
			H	年	月 日
初回認定日	H	年	退院・退所日	H	年 月 日
	月	日			
利用中の 介護保険 サービス					

<リスク管理>

1. 血圧が収縮期血圧 180mmHg 以上、または拡張期血圧 110mmHg 以上である。
() はい・いいえ
2. 「心筋梗塞」「狭心症」「心不全」など心疾患の診断、治療を受けている。
() はい・いいえ
3. 慢性呼吸器疾患などで息切れや呼吸困難がある。
() はい・いいえ
4. 糖尿病などで合併症（網膜症、腎症）がある。
() はい・いいえ
5. 急性期の関節炎、腰痛、神経症状がある。
() はい・いいえ
6. 何らかの感染症がある。
() はい・いいえ
7. その他
()

<心身機能>

1. 歩く際介助が必要である。 自立・一部介助・全介助
(補助具：)
2. 車の乗り降りに介助が必要である。 自立・一部介助・全介助
3. トイレの際介助が必要である。 自立・一部介助・全介助

4.認知症の疑いがある。

はい・いいえ

5.コミュニケーションに問題がある。

はい・いいえ

6.聞き取りにくいことがある。

はい・いいえ

以上「はい」・「一部介助」・「全介助」がある場合は医師・リハビリスタッフとの話し合いの結果、
利用可能となります。