

申し込み日：R 年 月 日

訪問リハビリテーション 申込書

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	M・T・S	年	月 日 (歳)
住所	〒	—	連絡先	① ()	—
				② ()	—
かかりつけ病院		病院	科	先生	
連絡先：					
介護度	要支援	1	・	2	
	要介護	1	・	2	・ 3
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	午前 (9:10~12:00)・午後 (13:00~16:30)				
※土曜日は午前のみとなります。※利用希望日・時間帯はご都合に添えない場合もあります。					
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

TEL: 0868-23-6524 (直通)

内田整形外科医院 担当：山本・初岡

訪問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	〒 (TEL)				
緊急連絡先	① ()		続柄		
	② ()		続柄		
介護度		介護保険有効期間	R	年 月 日～	
			R	年 月 日	
初回認定日	R	退院・退所日	R	年 月 日	
利用中の介護 保険サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月・火・水・木・金・土・日) :		～	:	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月・火・水・木・金・土・日) :		～	:	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月・火・水・木・金・土・日) :		～	:	
	<input type="checkbox"/> 通所リハ (月・火・水・木・金・土・日) :		～	:	
	<input type="checkbox"/> 通所デイ (月・火・水・木・金・土・日) :		～	:	
福祉用具利用	ベッド ・ 車いす ・ 歩行器 ・ Pトイレ ・ 手すり その他 ()				
家屋状況	一戸建て ・ 住宅/アパート (階) 階段： なし ・ あり (手すり設置： あり ・ なし) 階段の使用頻度： 毎日 ・ ときどき ・ 使用しない トイレ：洋式トイレ ・ 和式トイレ ・ ポータブルトイレ				
生活状況	食事： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 摂食・嚥下：なし ・ あり (食事形態：) 整容： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 更衣： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 排泄： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 失禁： なし ・ あり (回数：) 入浴： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 寝返り・起き上がり：自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 座位： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 立ち上がり：自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 屋内移動： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度/補助具：) 屋外移動： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度/補助具：) 階段昇降： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度/手すり有・無：) 家事動作 食事： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 掃除： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：) 洗濯： 自立 ・ 見守り ・ 介助 (程度：)				

コミュニケーション	認知症：なし・あり（ ） 服薬管理：出来る・出来ない(方法：) 失語・構音障害：なし・あり（ ） 聴力：問題なし・聞こえづらさあり（左・右・両方） 視力：問題なし・見えにくさあり（左・右・両方）
社会参加の状況	余暇活動：なし・あり(内容：) 地域活動：なし・あり(内容：) 近所付き合い：なし・あり
どのような目的で訪問リハビリテーションのご利用を希望されますか？ 以下の項目にあてはまるものに☑して下さい（複数回答可能です。）	
<input type="checkbox"/> 長期臥床等において褥瘡・拘縮予防が必要 <input type="checkbox"/> 基本的動作が困難（寝返り、起き上がり、立ち上がり、歩行） <input type="checkbox"/> 日常生活が困難（食事、整容、トイレ、入浴、階段昇降、更衣等） <input type="checkbox"/> 動作介助方法を知りたい <input type="checkbox"/> 在宅改修が必要（手すり、段差、トイレ、浴室改修の提案等） <input type="checkbox"/> 介護用品が必要（移動の補助器具、自助具の選択、指導・調整） <input type="checkbox"/> コミュニケーションが困難（発語・理解等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下が困難	
本人の希望	
ご家族の希望	

〒708-0004 岡山県津山市山北550

TEL/FAX: 0868-23-6524

内田整形外科医院 山本・初岡