

ロドフ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 月 日	退院・退所日	H 年 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。