

通 所 利 用 申 込 書

区 分	通所リハビリテーション利用希望日	家族状況		
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		
利用希望者	ふりがな	性別	生 年 月 日	
		男 女	明・大・昭 年 月 日生 ()才	
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	
住所	〒	電話番号	() -	
利用者及び家族の意向	・生活全般について		病 名	発病年月日
	・リハビリテーションについて	現在の病名		
	・その他	既往歴		
主治医	病院名 () TEL () -			
居宅支援事業所		担当ケアマネージャー		
現在の状況	1. 入院中(病院名) 2. 施設入所中(施設名) 3. 在宅・外来受診 あり(病院名) なし			
・趣味 ・性格 ・職歴		家族状況		
家族状況 (主介護者及び副介護者を記入して下さい)				
氏 名	住 所	連 絡 先	続柄	同別居
	〒	自宅 携帯 勤務先		
	〒	自宅 携帯 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。	