

ゆきよしクリニック通所リハビリ申込書 ①

	申 込 日:	平成	年	月	日
事 業 者 名	_____	電 話:	—	—	
担 当 者 (職 名)	_____ (_____)	FAX:	—	—	

通所リハビリを利用したいので、下記の通り申し込みます。

フリガナ

利用者氏名 _____ 性別 (男 ・ 女) 介護度: _____

生年月日 M・T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳

住 所 _____ 〒 _____ 被保険者番号: _____

電 話 自 宅 : _____ 有効期間: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

緊急連絡先 ①関係 _____ 氏名 _____ 電話(携帯) _____

②関係 _____ 氏名 _____ 電話(携帯) _____

かかりつけの
医療機関 _____ 電話番号 _____
 (主に月1回程度、往診もしくは受診されている医療機関名 をご記入ください。)

主 治 医 _____ 科 _____ 医師 (往診or受診)
 (医師の名前はフルネームをお願いします)

病名・既往歴・現病歴

最終退院(所)歴 (西暦で)
年 月 日

特記事項(金属・人口骨・ペースメーカーがはいっているかなど)

特定疾患: 有 (重・軽) 無

内服薬

現在ご利用中のサービスについて

サービス	サービス事業者名	利用曜日	家族構成	主介護者(_____)
訪問介護・看護・入浴介護				
訪 問 リ ハ ビ リ				
通 所 介 護				
短期入所 生活介護・療養介護				
その他のサービス				

希望するご利用曜日を○で囲んでください。

月 火 水 木 金

ゆきよしクリニック通所リハビリ申込書 ②

(利用者

様)

記入できる範囲でお願いします。

身体状況	麻痺	無・有 部位(右上肢・右下肢/左上肢・左下肢・その他)												
	拘縮	無・有 部位()												
	視力障害	無・有 程度()												
	聴覚障害	無・有 程度()												
	言語障害	無・有 はっきりしない・やっとなじむ・話せない 言葉の理解(問題なし・可・不可)												
	認知症	無・有 認知症老人の日常生活自立度(正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M)												
	感染症	無・有 (MRSA・ワ氏・HCV・HB・HIV) その他()												
	その他													
ADL状況	移動動作	家屋内 自立・見守り・一部介助・全介助(独歩・杖・歩行器・車いす・その他[]) 家屋外 自立・見守り・一部介助・全介助(独歩・杖・歩行器・車いす・その他[])												
	移乗動作	自立・見守り・一部介助・全介助 備考()												
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 備考()												
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (トイレ・Pトイレ・尿器・オムツ・その他[])												
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助 備考()												
	清潔	入浴(自立・一部介助・全介助)・清拭												
	日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2												
問題点														
リハビリへの希望	ケアマネージャー:【リハビリへの希望】													
	ご本人様:【リハビリへの希望】													
	ご家族様:【リハビリへの希望】													
<p>希望するリハビリの内容を○で囲んでください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%;">1. 関節可動域改善</td> <td style="width: 33%;">2. 筋力強化</td> <td style="width: 33%;">3. 歩行能力改善</td> </tr> <tr> <td>4. 転倒予防指導</td> <td>5. 家庭でできる体操の習得</td> <td>6. 生活指導</td> </tr> <tr> <td>7. 日常生活活動能力向上</td> <td>8. 体力向上</td> <td>9. 疼痛緩和</td> </tr> <tr> <td colspan="3">10. その他</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ケアマネージャー様へのお願い</p> <p>当院ではご利用者様の病状の経過と日常生活活動(ADL)の状況を踏まえ、適切な通所リハビリプログラムを作成し、実施していきたいと考えております。そこで、ケアマネージャー様がお持ちの医療情報(診断書、入院時の要約、リハビリ実施計画書など)と日常生活活動(ADL)が分かる書面を併せて送付して下さいますようお願い申し上げます。</p> <p>※当施設からの送迎 (必要 ・ 不必要) 送迎が「必要」な場合には、住宅地図を送付して下さいますようお願い申し上げます。</p>			1. 関節可動域改善	2. 筋力強化	3. 歩行能力改善	4. 転倒予防指導	5. 家庭でできる体操の習得	6. 生活指導	7. 日常生活活動能力向上	8. 体力向上	9. 疼痛緩和	10. その他		
1. 関節可動域改善	2. 筋力強化	3. 歩行能力改善												
4. 転倒予防指導	5. 家庭でできる体操の習得	6. 生活指導												
7. 日常生活活動能力向上	8. 体力向上	9. 疼痛緩和												
10. その他														