# 訪問リハビリ申込書 ①基本情報

申込日:平成　　年　　月　　日

**訪問リハビリを利用したいので、下記の通り申し込みます。**

申込み事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話:　　ー　　ー

申込み担当者(職種) ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX:　　ー　　ー

(フリガナ)

申込み利用者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 性別　（　男　・　女　）

生年月日　M・T・S・H ＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日生（　　歳）

住　所　〒　　－

**※住宅地図の添付をお願いいたします。**

電　話　　ー　　ー

緊急連絡先　　ー　　ー　　(続柄:

●介護保険等　※介護保険証のコピーがありましたら添付して下さい。

介護保険(介護度)　要支援(　1　2　)　・　要介護(　1　2　3　4　5　)　申請中

| 介護保険被保険者番号 | | 負担割合 |
|---|---|---|
| 市町村番号 | | 1割 ・ 2割 ・ 3割 |
| 被保険者番号 | | |
| 有効期限 | | |

障害者手帳　無　・　有　(　　)種　(　　)級

重度障がい者医療費助成　無　・　有

特定疾患の認定　無　・　有　(認定疾患名:　　)

●現在ご利用中のサービスについて

| サービス内容 | サービス事業者名 | 利用頻度および曜日 |
|---|---|---|
| 訪問介護 | | |
| 訪問看護 | | |
| 訪問入浴 | | |
| 通所リハビリ | | |
| 通所介護 | | |
| 短期入所生活介護 | | |
| 短期入所療養介護 | | |
| その他のサービス | | |

ゆきよしクリニック

# 訪問リハビリ申込書　②-1　利用者情報

【利用者氏名　　様】

| ●訪問リハビリを希望する動機又はきっかけをご記入下さい |
|---|
| |

| ●希望する訪問リハビリの内容を〇で囲んで下さい。 | | | |
|---|---|---|---|
| 1. 手足を動かす訓練 | 2. 起き上がり訓練 | 3. 立ち上がり訓練 | 4. 歩行訓練 （ 屋外 ・ 屋内 ） |
| 5. 入浴訓練 | 6. トイレ動作訓練 | 7. 衣類の着替え訓練 | 8. 家庭でできる体操の訓練 |
| 9. 寝たきり予防指導 | 10. 生活指導 | 11. 住宅改造の相談 | 12. 転倒予防訓練と指導 |
| 13. 筋力強化訓練 | 14. 関節可動域訓練 | 15. 口腔ケア | 16. 言語訓練 |
| 17. 嚥下訓練 | 18. その他　※具体的に（　　） | | |

| ●既往歴・現病歴 |
|---|
| 最終退院歴　　年　　月　　日 |

| ●内服薬 | ●家族構成 |
|---|---|
| | |
| ●特記事項 | |
| | 主介護者（　　） |

ゆきよしクリニック

# 訪問リハビリ申込書 ②-2 利用者情報

| | | | |
|---|---|---|---|
| 食事 | 自立<br>一部介助<br>全介助 | 嚥下障害 | なし　あり |
| | | 経口 | 常食　流動食　刻み食　ミキサー食　とろみ食 |
| | | 経管 | 胃ろう　腸ろう |
| | | 義歯 | なし　あり　（　部分　・総義歯） |
| 排尿 | 自立<br>一部介助<br>全介助 | 尿意 | なし　あり |
| | | 方法 | トイレ　ポータブル　オムツ　カテーテル等 |
| 排便 | 自立<br>一部介助<br>全介助 | 便意 | なし　あり |
| | | 方法 | トイレ　ポータブル　オムツ |
| | | 下剤使用 | なし　あり |
| 移動 | 自立<br>一部介助<br>全介助 | 方法 | 独歩　車椅子　歩行器　その他（　　） |
| 清潔 | 自立<br>一部介助<br>全介助 | 方法 | 浴槽入浴　シャワー浴　清拭 |
| 睡眠 | 良　不良 | | 眠剤の使用　：　なし　あり（ |
| 意思伝達 | 良　不良 | | |
| 理解力 | 良　不良 | | |
| 言語障害 | なし　あり | | （ |
| 認知症 | なし　あり | | 診断：　S　・　H　　年<br>内服：　なし　あり |
| 視力障害 | なし　あり | | （　右　・　左　） |
| 難聴 | なし　あり | | （　右　・　左　） |
| 関節拘縮 | なし　あり | | 部位　（　　） |
| 麻痺 | なし　あり | | 部位　（　　） |
| 知覚異常 | なし　あり | | 部位　（　　） |

ゆきよしクリニック