

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: - -
 申込み担当者(職種) _____ FAX: - -

(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 - -
 緊急連絡先 - - (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
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		

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○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 一部介助 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 一部介助 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 一部介助 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 一部介助 全介助	方 法	独歩	車椅子 歩行器 その他()
清 潔	自立 一部介助 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 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	()