

通所リハビリテーション利用申込書

(居宅事業所様用)

医療法人社団寿光会 栗源病院

記入日 年 月 日

お問合せ：TEL0478 (70) 5121 FAX0478 (70) 5123

※ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。

(利用者様) ふりがな		生年月日：明・大・昭 年 月 日 (歳)	
お名前 _____ 様			
住所 (利用者様)	〒 _____		TEL ()
居宅事業所及び サービス利用状況	居宅事業所名	TEL ()	FAX ()
	担当ケアマネージャー	サービス利用	有 ・ 無
	使用しているサービス内容		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ディサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
認定情報	被保険者番号	被保険者氏名	
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
	認定年月日	年 月 日	
かかりつけ医	医療機関名		
	主治医氏名	診療科	
家族構成	家系図		主介護者
			続柄
			氏名： ()
			本人の意向
		ご家族の意向	
健康状態	疾患名	既往歴	
起居動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	排尿	尿意 (有 無) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排便	便意 (有 無) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
<input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> オムツ			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走/介助)		
	自助具	<input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> サークルウォーカー <input type="checkbox"/> ピックアップ	
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
その他特記事項			