

訪問リハビリテーション申込書 [1 / 2] [web版]

申込年月日：平成 年 月 日

フリガナ		男	生年	明・大・昭・平	
利用者氏名	殿	女	月日	年	月 日
現住所	〒			電話番号	()
現在所在	1. 自宅 2. 医療機関または介護施設 (○を付けて下さい) ※ 上記2の時の名称：				
申込者氏名	殿	続柄		電話番号	()
申込者住所	〒			緊急連絡先	()
家族構成					

かかりつけの医療機関名(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下さい。)	
かかりつけの診療科目名(複数記入可)	主治医(医師の名前はフルネームでお願いします)
医療機関住所	〒
	電話番号 ()

主病名					
最終入院歴	最終入院日：平成 年 月 日 / 最終退院日：平成 年 月 日				
現在の状態 ※日常生活能力と自立度についてチェックを付けて下さい。	① 寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	② 排泄 (使用用具)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> おむつ/パット	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> カテーテル	
	③ 着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	④ 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑥ 移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
	⑦ 問題行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
⑧ 日常会話	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき困難	<input type="checkbox"/> 困難		
障害者老人 ADL自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
痴呆性老人 ADL自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
介護保険情報	要介護 (1 2 3 4 5) / 要支援 (1 2)				
	介護保険証有効期限：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
身体障害者 手帳の内容	<input type="checkbox"/> 有 (種 級)		特定疾患の認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 無		※上記「有」場合、重症度の認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

訪問リハビリテーション申込書 [2 / 2] [web 版]

利用者様氏名 (殿)

介護支援専門員 (ケアマネージャー)	介護支援事業所名	電話番号 ()
	介護支援専門員氏名	F A X 番号 ()
ご要望がございましたらご記入下さい。		
その他特記事項		

現在ご利用中のサービスについてお伺いします。

現在利用中のサービス	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		
訪問入浴介護		
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		

個人情報の取り扱いについて

1. ご記入いただいた個人情報は「訪問リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
2. また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。

事業所番号 1511210716
医療法人 新光会 村上記念病院