

通所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) <input type="checkbox"/> 特定疾患の認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ※上記「有」場合、重症度の認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

通所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 | FAX番号 () |

ご要望がございましたらご記入下さい。

既往歴、およびその他特記事項（既往歴のある方は、分かる範囲で結構ですのですべてご記入下さい。）

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 | | |
| 訪問リハビリ | | |
| 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

- ご記入いただいた個人情報は「通所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。
- 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