

通所リハビリテーション利用申込書(ケアマネ→あきしま相互病院)

年 月 日

利用者情報		依頼元機関名:					
氏名:	様	電話番号: 担当者:					
住所:							
電話番号:							
生年月日:	年 月 日 歳						
キーパーソン:	様 続柄:						
電話番号:							
主医療機関:							
主治医:							
退院(所)日	年 月 日						
傷病名:		紹介目的:					
要介護度:	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5						
ADLの状況	*リハビリ訓練の希望があれば右端の()内に記載						
屋内移動	自力歩行 杖(手すり) 手引き 歩行器(車) 車椅子 その他() ()						
屋外移動	自力歩行 杖 手引き 歩行器(車) 車椅子 その他() ()						
移乗動作	自立 見守り 一部介助 全介助 その他() ()						
食事	自立 見守り 全介助 むせ(有 無) 胃婁 ()						
排泄(昼)	自立 見守り 介助 オムツ ホップタル 尿意(有 無) 便意(有 無) バルーン(有 無)						
排泄(夜)	自立 見守り 介助 オムツ ホップタル 尿意(有 無) 便意(有 無) バルーン(有 無)						
整容	自立 見守り 一部介助 全介助 ()						
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助 ()						
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助 ()						
コミュニケーション	問題なし 失語症(理解 表出) 構音障害 ジェスチャー 筆談 その他() 認知症(有 無)						
感染症	MRSA(痰 咽頭 鼻腔 尿)有 無 : HB 有 無 :HCV 有 無:疥癬 有 無						
生活保護	有 無	原爆手帳	有 無	身障手帳	有 無	本人同意	有 無
ADL上困難な動作で、改善したい・介助方法がわからないなどがあれば記入:							
医療的処置の有無:(例:血糖測定・インシュリン注射・褥創処置・HOT・吸引の必要性など)							
外出(頻度・行き先など):							
通所リハに対する希望							
本人:							
家族:							
本人の目標(介護予防):							
サービスの希望内容		ご利用開始にあたり、診療情報提供書が必要となります。 病院・施設から退院・退所となる場合、看護サマリー・リハビリサマリーを頂けると助かります。 集団生活のため、必ず感染症の検査をお願い致します。(検査が間に合わない時は後日報告してください。)					
希望曜日	月 火 水 木 金						
1日/							
送迎	有 無						
入浴	有 無						
個別リハ	有 無						
口腔	有 無						
サービス利用目的:							