

介護老人保健施設あおぞら 通所リハビリテーション 利用申込書

この度は、利用のご相談を頂きまして誠にありがとうございます。
 さて、利用者の方が安心して通所リハビリを受けていただけるよう、事前に下記の情報をいただいています。
 お手数ですが、下記の質問にできるだけ詳しくお答えいただく様、よろしくお願い致します。
 ☆併せて、フェースシート、直近で入院等されていた場合は看護・リハサマリーがあればコピーをいただければ助かります。

| | | | |
|-----|-----------------------------------|-------|------|
| 利用者 | ふりがな: | 性別: | 疾患名: |
| | 氏名: | | |
| | 住所: 〒 | | 既往歴: |
| | 電話番号: | | 経過: |
| | 生年月日: 年 月 日 歳 | | |
| | 介護度: | 認定日: | |
| | 負担割合: | 生活保護: | |

現在の機能や能力について、わかる範囲で教えてください。

| | | | |
|-------|-------------------------------|-------|--|
| 起き上がり | 自立・見守り・軽介助・重(全)介助 | 食事 | 自立・見守り・軽介助・重(全)介助 箸・スプーン・フォーク |
| 立ち上がり | 自立・見守り・軽介助・重(全)介助 | 嚥下 | 問題なし・よくむせる・時々むせる 主食:米飯・全粥 副食:普通食・一口大・きざみ食・超きざみ・とろみ食・ペースト |
| 座位 | 自立・見守り・軽介助・重(全)介助 | 排泄 | 自立・見守り・軽介助・重(全)介助 自宅トイレ・PTイレ・オムツ リハビリパンツ・パッド・普通下着のみ |
| 移動方法 | 独歩・伝い歩き・杖・押し車・歩行器・車椅子自操・車椅子介助 | 入浴 | 自立・見守り・軽介助・重(全)介助 |
| 言葉 | 問題なし・呂律がまわりにくい・言葉が出にくい | 洗面・更衣 | 自立・見守り・軽介助・重(全)介助 |

電話連絡させていただく場合の連絡先、時間帯を教えてください。

| | | | | | |
|--------|-------|------------|--------|-------|------------|
| 緊急連絡先① | ふりがな: | (続柄) | 緊急連絡先② | ふりがな: | (続柄) |
| | 氏名: | | | 氏名: | |
| | 住所: 〒 | | | 住所: 〒 | |
| | 電話番号: | (連絡可能な時間帯) | | 電話番号: | (連絡可能な時間帯) |
| | 電話番号: | (連絡可能な時間帯) | | 電話番号: | (連絡可能な時間帯) |

ご利用者・ご家族のそれぞれの自宅でお困りのこと、リハビリに対するご希望を教えてください。

| | | |
|-----|---------|------------|
| | 困っていること | リハビリに対する希望 |
| 利用者 | | |
| ご家族 | | |

| | | | | | |
|---------|---------------------|------------|---------|--------|-----------|
| 利用目的: | リハビリ・入浴・介護負担軽減・他者交流 | 短期集中リハの希望: | あり・なし | ST希望: | あり・なし |
| 利用希望曜日: | | 利用開始希望日: | | | |
| アレルギー: | あり・なし () | 嗜好: | コーヒー・お茶 | 利用時服薬: | あり・なし () |

※利用時のみの服薬内容を記載ください。

その他、特記事項があれば自由に記載ください。

| | | |
|-----------|-------|------------|
| 支店 事業所 | 事業所名: | 担当ケアマネジャー: |
| | 電話: | FAX: |

なお、ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

社会医療法人 医真会 介護老人保健施設あおぞら 通所リハビリテーション

電話: 072-948-2545(代) FAX: 072-948-2675 E-mail: reha-aozora@ishinkai.or.jp 担当: 亀井(2020.10.1.)