

介護老人保健施設あおぞら 訪問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訪問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	普通食・一口大・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
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		

リハ主治医	病院名:	所属科名:	医師名:
	住所: 〒		
	電話番号:	訪問リハビリ指示:	了承済み ・ 今後相談予定

その他、特記があれば自由に記載ください。

支店	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。