

通所リハビリセンター申込書

申し込み年月日：平成 年 月 日

| | | | | |
|--------|---|-----------|----------|---------|
| フリガナ | | 男 | 生年 | 明・大・昭・平 |
| 利用者氏名 | 様 | 女 | 月日 | 年 月 日 |
| 所在地 | 〒 | 電話番号 () | | |
| 現在所在 | 1. 自宅 2. 医療機関または介護施設 (○をつけて下さい) ※ 上記2の名称 : | | | |
| ご連絡先氏名 | 様 | 続柄 | 電話番号 () | |
| ご連絡先住所 | 〒 | 緊急連絡先 () | | |
| 家族構成 | 介護被保険者番号 | | | |

| | |
|---|--------------------------|
| 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 (複数記入可) | 主治医 (医師の氏名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 | | | | | |
| 最終入院暦 | 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つけて下さい。 | 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 | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 有 (種 級) | 特定疾患の認定 | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 手帳の内容 | <input type="checkbox"/> 無 | ※上記「有」の場合、重症度の認定 | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 特記事項・要望 (希望曜日等) | | | | | |
| 介護支援事業所 | | | | | 電話番号 () |
| 介護支援専門員 | | | | | Fax () |

医療法人青木会 青木医院通所リハビリセンター (本院) Tel 048(829)2630
fax 048(822)2952