

通所リハビリ依頼書

当事業者番号 1351780018		申込日 年 月 日		
ふりがな 利用者氏名		男・女	生年月日：大・昭 年 月 日生（ 歳）	
住所		電話 携帯		
緊急連絡先 氏名	続柄	住所・連絡先		
被保険者番号		身障手帳： 種 級	生保：有・無	
要介護度区分： 要支援1 要支援2 1 2 3 4 5 申請中				
居宅介護支援事業者名		電話	-	
担当ケアマネージャー名		FAX	-	
貴事業所番号				
利用者目的・希望		A D L維持・向上 活動拡大	リハビリ開始・継続 その他（ ）	
利用希望日： 月・火・水・木・金 週 回		開始希望日 年 月		
送迎希望：有・無 (ステップ乗車：可・不可)		入浴希望：有・無 (介助浴・機械浴)	個別リハビリ希望：有・無 (介護予防は運動器機能向上) 栄養マネジメント希望：有・無 (介護予防は栄養改善加算)	
A D L	屋外移動・・・自立 見守り 口頭指示	一部/全介助(杖・歩行器・車椅子・電動車椅子・シブ-カ・その他)		
	屋内移動・・・自立 見守り 口頭指示	一部/全介助(杖・歩行器・車椅子・伝い歩き・その他)		
	階段昇降・・・自立 見守り 口頭指示	一部/全介助(手すり・杖と手すり・昇降機・おんぶ・その他)		
	玄関移動・・・自立 見守り 口頭指示	一部/全介助(方法を記入下さい：)		
	座位能力・・・椅子座位または車椅子座位(可・不可)連続して可能な座位時間()			
	食事・・・自立 見守り 口頭指示	一部/全介助(粥食・流動食・経管栄養・その他)		
	排泄・・・自立 見守り 口頭指示	一部/全介助(リハパン・オムツ・パルーン・その他)		
	更衣・・・自立 見守り 口頭指示	一部/全介助(自助具使用()・その他)		
入浴・・・自立 見守り 口頭指示	一部/全介助(一般浴・介助浴・機械浴・巡回浴・その他)			
家屋	種別：一戸建て・マンション(分譲・賃貸)・公営住宅・アパート・その他*()階・エレベータ有・無 寝具：ベッド・布団*手すり有・無 トイレ：洋式・和式・尿器・ポータブルトイレ*手すり有・無			
医 学 的 情 報	現病歴・既往歴		家族構成	
	年月	病名		医療機関・医師名・診療科
	身長： cm		体重： kg	
	麻痺：有・無(右・左)		感染症：有・無() 認知症：有・無(軽・中・重)	
	アレルギー：有・無()		飲酒： 本/日	喫煙： 本/日
	食 事	主食：(米飯・全粥・パン・おにぎり・ペースト)		副食：(常食・一口大・きざみ・ペースト/その他)
		禁食：有・無()		特別食：有・無() 自助具：()
	入浴時や運動時の注意事項(不整脈、脈拍、血糖値、血圧、使用中の薬、その他など)			