

# 訪問リハビリテーション申込書 [1/2]

申込年月日：平成 年 月 日

|        |   |  |     |                   |  |
|--------|---|--|-----|-------------------|--|
| フリガナ   |   |  | 男・女 | 生年月日              | 明・大・昭・平<br>年 月 日   |
| 利用者氏名  | 殿   |  |     |                   |  |
| 現住所    | 〒   |  |     | 電話番号<br>( )       |  |
| 現住所の形態 | 1. 自宅 2. 医療機関又は介護保険適用施設 3. 老人ホーム等<br>※上記2又は3の場合の名称： |  |     |                   |  |
| 申込者氏名  | 殿   |  | 続柄  | 電話番号<br>( )       |  |
| 申込者住所  | 〒   |  |     | 緊急連絡先<br>( )      |  |
| 家族構成   |   |  |     | 訪問担当者が駐車可能な駐車場の有無 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| かかりつけの医療機関名        |               |
| かかりつけの診療科目名（複数記入可） | 主治医氏名         |
| 医療機関住所             | 〒 電話番号<br>( ) |

|                             |   |                                  |                                 |                                |   |
|-----------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|
| 主病名                         |   |                                  |                                 |                                |   |
| 最終入院歴                       | 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<br>※わかる範囲で<br>ご記入ください | 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<br>(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/パッド | <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"/> なし   | <input type="checkbox"/> ときどき困難  | <input type="checkbox"/> 困難     |                                |   |
| 障害者老人の<br>日常生活自立度           | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |                                  |                                 |                                |   |
| 障害者老人の<br>日常生活自立度           | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M  |                                  |                                 |                                |   |
| 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   |                                  |                                 |                                |   |
| 身体障害者手帳<br>の内容              | <input type="checkbox"/> 有（ 種 級）  |                                  | 特定疾患の認定                         |                                | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|                             | <input type="checkbox"/> 無  |                                  | ※上記「有」の場合、重症度の認定                |                                |   |

## 訪問リハビリテーション申込書 [2/2]

利用者氏名 (  殿)

|  |           |                   |
|--|-----------|-------------------|
| 介護支援専門員<br>(ケアマネージャー)                                    | 介護支援事業所名  | 電話番号<br>(      )  |
|  | 介護支援専門員氏名 | FAX番号<br>(      ) |
| ご要望がございましたらご記入ください。<br>(ご希望の曜日、時間帯等。スケジュールの参考にさせていただきます) |           |                   |
| その他特記事項  |           |                   |

現在ご利用中のサービスについてお伺いします

| 現在利用中のサービス | サービス事業者名 | 利用頻度および曜日 |
|------------|----------|-----------|
| 訪問介護       |          |           |
| 訪問看護       |          |           |
| 訪問入浴介護     |          |           |
| 通所リハビリ     |          |           |
| 通所介護       |          |           |
| 短期入所生活介護   |          |           |
| 短期入所療養介護   |          |           |
| その他のサービス   |          |           |

個人情報の取り扱いについて

1. ご記入いただいた個人情報は「訪問リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用いたしません。
2. また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩いたしません。

医療法人新光会 伊豆平和病院