

訪問リハビリテーション利用申込書

記入日: 令和 年 月 日

フリガナ ご利用者名	様	男 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)							
ご住所				☎	()						
ご家族氏名	様	続柄		☎	()						
ご家族住所				携帯	- -						
同居者	独居・夫婦・その他()			医療保険：後期・国保・社保・生保							
介護保険	要介護	1	2	3	4	5	有効期間 年 月 日～ 年 月 日				
	要支援	1	2	負担割合			1割 2割 3割				
主病名											
既往歴											
かかりつけ医	医療機関:			主治医名: (科)							
	所在地:			☎							
最終入院歴	年 月 日 ~			年 月 日							
	病名:			医療機関名							
心身の状態	移動	つかまらずに歩行 つかまり歩行 見守り 一部介助 全介助 (用具) なし T字杖 多点杖 歩行器 車イス									
	排せつ	自立	見守り	一部介助	全介助						
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	経管(胃ろう)					
	口腔	自 歯	全義歯	部分義歯							
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助						
	日常会話	できる	ときどき困難	困 難							
	難 聴	なし	あり(軽度 中度 重度)	補聴器使用(右 左 両側)							
	視力障害	なし	あり()								
	問題行動	なし	ときどきある	ある (内容:)							
		障害高齢者の日常生活自立度		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
ご希望	利用日	月(AM・PM)、火(AM・PM)、水(AM・PM) 木(AM・PM)、金(AM・PM)、土(AM・PM)									
	リハビリをして何が出来るようになりたいですか？										
◎制度上、3ヶ月に1回、当園医師の診察が必要です(費用負担なし)				来園手段は、 有 ・ 無							
特記事項											
ご担当	事業所名										
	担当者名										
	☎	(内線)			FAX						