

## (介護予防) 通所リハビリテーション 利用申込書

記入日( ) 記入者( )

ふりがな 氏名		生年月日 性別	M・T・S 男・女	年	月	日 ( 歳)
住所	〒 —					
緊急連絡先	氏名:	続柄 ( )				
	住所:	TEL ( ) —				
事業所名 担当ケアマネ		TEL ( ) — FAX ( ) —				
病名・病歴	① ③ ② ④					
心 身 状 況	要介護度	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5		有効期限 年 月～ 年 月		
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字なら見える <input type="checkbox"/> ぼんやりと見える <input type="checkbox"/> 見えない				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない				
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 障害あり ( <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害)				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない				
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (問題行動: )				
A D L	一般動作	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (移乗・立位・座位・寝返り・起き上がり)				
	移動	<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"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子				
	排泄	<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"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット				
利用希望日	週 回 (月・火・水・木・金・土)					
	① 9:00～10:20 ② 11:10～12:30 ③ 14:30～15:50 ※③は月・水のみ					

主治医からの通所リハ利用の意見と留意事項 ※ケアマネージャー様より主治医へご確認ください			
主治医	病院名:	医師:	
医師の同意 (通所リハの利用)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
医学的管理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ※医療度により診療情報提供書を依頼します。		
アレルギー	※食事提供はございませんが、手指消毒の剤のアルコール等ありましたら記載をお願いします。		
リハビリの 中止目安	※血圧等特に指示がありましたら記載をお願いいたします。		
リハビリへの禁忌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※禁忌肢位や物理療法に対する禁忌がある場合 ( )		
その他			

※上記、主治医指示のもと、利用者様のニーズに応えていけるようなサービスを実施していきます。