

通所リハビリテーション利用申込(相談受付)票

年 月 日

ふりがな		利用者との関係	
相談者氏名			
住所	〒 ー	自宅: () 携帯: ()	

【ご利用者様の状況等】										
ふりがな		生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)				
氏名										
住所	〒 ー	自宅: () 携帯: ()								
要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	被保険者番号							
ADLの状況等							特記事項			
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (使用介助用品 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器・押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子)									
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
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"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> その他(
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
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									
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 ※義歯の使用 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 両方) <input type="checkbox"/> 無 ※食事制限 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無									
服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※点眼・塗薬・貼り薬 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無									
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 非常に悪い <input type="checkbox"/> 見えない									
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声は聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない ※補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)									
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し問題あり <input type="checkbox"/> 大いに問題あり									
通所リハビリに対する希望										
希望曜日	月・火・水・木・金・土	送迎	有・無	入浴	有・無	個リハ	有・無			

緊急時連絡先	①氏名	続柄()	TEL: ()
	②氏名	続柄()	TEL: ()
かかりつけ医	主医療機関 主治医		TEL: ()
居宅介護事業所	事業所名 ケアマネージャー名		TEL: ()
【特記事項】			