

通所リハビリテーション利用申込書 (No 1)

申込年月日:平成 年 月 日

フリガナ		男女	生年月日	明・大・昭・平
利用者氏名				年 月 日
現住所	〒			電話番号 ()
申込者氏名		続柄		電話番号 ()
申込者住所	〒			
家族構成				
緊急連絡先	氏名	続柄		電話番号 ()

現病歴				
当院受診歴	有 無(当院受診をお願いしております)			
かかりつけ医療機関名(主に月1回程度、往診もしくは受診されている医療機関名)	病院・医院 科 先生			
服薬状況	無・有 ()			
手術歴	無・有 ()			
禁忌事項	ペースメーカー 無・有			
	人工関節 無・有 ()			
現在の状態 ※日常生活能力と自立度についてチェックをつけて下さい。	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(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"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき困難	<input type="checkbox"/> 困難	
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	<input type="checkbox"/> 有(種 級)	特定疾患の認定		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
手帳の内容	<input type="checkbox"/> 無	※上記「有」場合、重症度の認定		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

通所リハビリテーション利用申込書 (No 2)

利用者氏名()殿

介護支援専門員 (ケアマネージャー)	介護支援事業所	電話番号 ()
	介護支援専門員氏名	FAX番号 ()

利用目的・その他ご要望がございましたらご記入ください。

特記事項

利用希望日 希望日の時間帯に○を、他のサービス等で利用困難な時間帯に×をつけて下さい。
AM 9:00～12:10 PM 14:00～17:10

曜日	月	火	水	木	金	土	日
AM							休
PM						休	

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		

個人情報取り扱いについて

- 1、ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」およびそれに係る「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。

FAX 045-353-3606

事業所番号 1413110434

かず整形外科クリニック