



## 訪問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	事業所No.	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。

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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	(使用用具)	<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		

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 9:20~12:20    PM 14:20~17:00

曜日	月	火	水	木	金	土	自力
AM							可・不可
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