

通所リハビリテーション利用申込書

申込日： 年 月 日

医療法人社団 晃啓会
きくち整形外科 理事長殿

次のとおり、通所リハビリテーションを利用したいので、関係書類を添付して申し込みします。

フリガナ			性別	生年月日			
利用者			男・女	○	年	月	日(満 歳)
現住所	〒						
電話番号	自宅 ()			携帯 ()			
介護保険	無・有	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5			
		認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)					
障害手帳	無・有(種 級)	特定疾患の認定				無・有	
		※上記「有」の場合、重症度の認定				無・有	
フリガナ			続柄				
申込者			電話番号	自宅 ()			
				携帯 ()			
緊急連絡先	氏名		続柄	電話番号			
	①			()			
	②			()			
	③			()			
介護支援専門員 (ケアマネージャー)	事業所名			電話番号			
	氏名			FAX番号			
かかりつけの 医療機関	病院・医院			科	先生		
	定期受診 無・有			受診の間隔 回 / 週・月			
服薬	無・有(朝・昼・夜・就寝前)						
アレルギー	無・有()						
利用希望日	週 回 (AM・PM) 月・火・水・金・土						
現在利用中の サービス	日 月 火 水 木 金 土						
	午前						
	午後						
	◎ 訪問看護 ○ 訪問介護 □ 訪問入浴 △ 通所介護 ◇ 通所リハ						
利用目的 ※必ずご記入ください							

通所リハビリテーション利用申込書

日常生活の状況について、あてはまるものに○で囲って必要事項をご記入ください。

食事	主食	ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー ・ 重湯
	副食	普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー
	摂取	出来る (箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ その他) ・ 一部介助 ・ 出来ない
	制限食	無 ・ 有 ()
口腔	状態	自歯 ・ 部分入れ歯 (上 ・ 下) ・ 総入れ歯 ・ 入れ歯なし
	歯磨き	出来る ・ 一部介助 ・ 出来ない
排泄	動作	出来る ・ 一部介助 ・ 出来ない
	場所	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ オムツ ・ その他 ()
	使用物	布オムツ (日中 ・ 夜間 ・ 常時) ・ リハビリパンツ (日中 ・ 夜間 ・ 常時) オムツ (日中 ・ 夜間 ・ 常時) ・ パット (日中 ・ 夜間 ・ 常時)
	その他	尿意 (有 ・ 無) ・ 便意 (有 ・ 無) ・ 失敗 (有 ・ まれ ・ 無) 排便状況 (回 / 日) ・ 浣腸の使用 (有 ・ 無)
更衣	上半身	出来る ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	下半身	出来る ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴	形態	普通浴 ・ 機械浴 ・ 特浴 ・ シャワー浴 ・ 清拭
	動作	出来る ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
寝返り	出来る ・ 掴まれば出来る ・ 一部介助 ・ 全介助	
起き上がり	出来る ・ 掴まれば出来る ・ 一部介助 ・ 全介助	
座位	出来る ・ 背もたれ必要 ・ 一部介助 ・ 全介助	
立位	出来る ・ 掴まれば出来る ・ 一部介助 ・ 全介助	
移動	歩行	出来る ・ 出来ない
	補助具	無 ・ 杖 (T字 ・ 4点 ・ その他) ・ 歩行器 ・ 車イス (自走 ・ 介助)
認知症	無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ・ わからない	
会話	意志を伝えられる ・ 意志を伝えられない	

身体機能について、あてはまるものに○をご記入ください。

	徘徊	時間・場所を勘違いする	トイレ以外で排泄することがある	実在しないものが見える
	同じことを言う	興奮することがある	ベッドから落下することがある	思い込みが激しい
	夜間眠れない	怒鳴る、暴力を振るう	転倒することがある	介護に抵抗する
	物忘れが多い	うつ症状がある	食品以外の物を口に含む	不安が強い
	帰宅願望がある	入浴を拒否する	自分の体を傷つける	火の不始末がある

主な病歴	
現在の疾病	

個人情報の取り扱いについて

- ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
- また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。

事業所番号 1314224184

FAX: 042-443-0075

医療法人社団 晃啓会 きくち整形外科通所リハビリテーション