

訪問リハビリテーション利用申し込み書

年 月 日

アビロードやましな 訪問リハビリテーション

担当者 行

事業所名			
担当ケアマネージャー			
TEL		FAX	

※□には☑をそれ以外は○で囲むか直接ご記入下さい。

ふりがな 利用者氏名	性別 男 女	生 年 月 日 T・S 年 月 日 歳			
住所			電話番号	— —	
連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外	ふりがな 氏名	続柄	電話番号	— —

介護保険	被保険者番号											
	要介護認定	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	申請中	更新中
	認定有効期間	年 月 日		～	年 月 日							
	介護保険負担割合	1割負担		2割負担		その他()						
健康保険	<input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護(CW)											
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⇨ (種 級)											

かかりつけ医療機関	病院・診療所	主治医			
電話番号	— —	FAX番号	— —		
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 回/ 週 <input type="checkbox"/> 回/ 月 <input type="checkbox"/> その他()				

【希望理由・希望訪問日・その他特記事項】

※施設記入欄	受付日	年	月	日	受付者:
--------	-----	---	---	---	------

利用者情報

記入日 年 月 日

利用者名 様

※該当する項目に☑してください

家族環境	同居家族	<input type="checkbox"/> 配偶者 (<input type="checkbox"/> 夫 ・ <input type="checkbox"/> 妻) <input type="checkbox"/> 子供 (人・続柄) <input type="checkbox"/> 親 (<input type="checkbox"/> 父親 ・ <input type="checkbox"/> 母親) <input type="checkbox"/> 独居
	主たる介護者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> KP (続柄)
	家族の介護力	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 介護困難 (理由)

住宅環境	家屋	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> アパート・マンション・公営住宅等 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> ()階建ての()階に居住
	本人の部屋	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (畳 ・ フローリング ・ その他:)
	住宅改修	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 手すり取り付け <input type="checkbox"/> トイレ改造 <input type="checkbox"/> 浴室改造 <input type="checkbox"/> その他:)
	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 手すり取り付け <input type="checkbox"/> トイレ改造 <input type="checkbox"/> 浴室改造 <input type="checkbox"/> その他:)

居宅利用	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護
	<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 短期入所
	<input type="checkbox"/> その他:
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 ()

身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし <input type="checkbox"/> 生活に支障あり	聴力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし <input type="checkbox"/> 生活に支障あり		
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難				
	移動	<input type="checkbox"/> 屋外歩行自立 <input type="checkbox"/> 室内歩行自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 使用器具なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()				
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢)				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせなし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる				
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> おかゆ	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト	
	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"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> やや不眠 <input type="checkbox"/> 不眠	眠剤使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	精神状況	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや不可 <input type="checkbox"/> 不可	指示理解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや不可 <input type="checkbox"/> 不可	
認知症		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M)				

【特記事項】