

ふれあいクリニック泉 通所リハビリテーション利用申込書

受付 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	M・T・S	年	月	日	(才)
住所							電話番号 携帯番号
介護保険証	申請中・区分変更中	介護度区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
介護保険番号			有効期限				
介護保険負担割合証	1割・2割						
健康保険証	国保・社保・共済・老保・生保・特疾・原爆・公害・その他()						
障害手帳	有・無 種 級			障害名			
《家族状況》							
《緊急時の連絡先》							
フリガナ ①氏名				続柄			電話番号 携帯番号
住所							
フリガナ ②氏名				続柄			電話番号 携帯番号
住所							
《住居》							
一戸建て・マンション・アパート (エレベーター 有・無)							
*玄関までの段差 (有・無) * 待機場所()							
*備考()							
《利用目的・家族の希望》							
利用希望回数	週 回	利用希望日 月・火・水・木・金			利用開始日		
《利用時の希望・条件》							
1 送迎の希望	(有・無)	2 送迎時の車椅子乗車	(要・不要)				
3 専用車椅子	(有・無)	4 入浴	(有・無)				
5 リハビリPT希望	(有・無)	6 リハビリST希望	(有・無)				
《生活歴》							
性格()				仕事()			
趣味・特技()							
居宅介護支援事業所	事業所番号 事業所名			TEL		FAX	
	住所	〒				担当	

主治医	病院・医院 Dr.		受診頻度	
疾患名				
既往歴	発症	病名	病院	備考
感染症	有・無	有の方: B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒・MRSA・その他()		
投薬内容	* 昼の薬 有・無			
	* 備考()			
薬物アレルギー	(有・無) 内容()			
認知症等	(有・無) 軽度・中度・重度			
	1記憶障害	2記銘力障害	3見当識障害	4感情失禁
	5意欲低下	6夜間せん妄	7不潔行為	8徘徊
	9躁鬱病	10昼夜逆転	*その他()	
視力障害	(有・無) 1低下(右・左) 2失明(右・左)			
	* 眼鏡使用 有・無			
聴力障害	(有・無) 1難聴(右・左) 2失聴(右・左)			
	* 補聴器使用 有・無			
言語障害	(有・無) 1普通 2聞き取りにくい 3ほとんど話せない			
	4失語症 5構音障害			
	* 入れ歯使用 有・無			
	* 理解 1可能 2ある程度可能 3不可			
	* 表出方法 1会話 2身振り 3筆談 4その他()			
麻痺	(有・無) 1片麻痺(右・左) 2単麻痺(部位) 3四肢麻痺			
拘縮	(有・無) 部位()			
歩行	1自立 2一部介助 3全介助			
	1杖・歩行器 2車椅子 (自走・介助)			
座位	1自立 2支えがあれば自立 3支えてもらえれば出来る 4出来ない			
更衣	1自立 2見守り 3一部介助(介助内容) 4全介助			
食事	1自立 *箸使用・スプーン使用 2一部介助 (介助内容) 3全介助			
	* むせ (有・無) 状況()			
食事内容	* カロリー制限 (有・無) 内容()			
	* 塩分制限 (有・無) 内容()			
	* 禁食、アレルギー等その他制限 ()			
	主食 1常食 2軟飯 3全粥 4ソフト 副食 1常食 2一口大 3粗刻み 4刻み 5ソフト 6ペースト			
入浴	1自立 2見守り 3一部介助(介助内容) 4全介助			
	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭のみ			
排泄	1自立 2見守り 3一部介助(介助内容) 4全介助			
	* 尿意 (有・無) * 便意 (有・無)			
	* 使用パンツ 1布パンツ 2紙パンツ 3パット(失禁/ 常時・時々・無)			
備考				