

# 通所リハビリテーション利用申込書

※全ての項目をわかる範囲で構いませんので記入して下さい

依頼日 年 月 日

居宅介護支援事業所	事業所名				事業所名	医療法人社団NALU えびな脳神経外科 通所リハビリテーション	
	電話				事業所番号	1414210134	
	FAX				電話	046-236-2170	
	担当				FAX	046-236-2171	
	介護支援専門員				担当者	あやづか ゆうじ 綾塚 裕司	
利用者基本情報	フリガナ			性別	男	生年月日	明治・大正・昭和
	氏名				女	年齢	年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 -			自宅電話		
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	緊急連絡先	氏名			続柄		
日常生活の状況	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 方法など ( )					
	起きがり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> おかゆ 副食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一〇大 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト 水分: <input type="checkbox"/> トロロミなし <input type="checkbox"/> トロロミあり: 150mlに対して <input type="checkbox"/> 小小さじ2.5cc <input type="checkbox"/> 小さじ5cc <input type="checkbox"/> 中さじ10cc 杯					
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助方法,福祉用具な ( )					
	排便管理	<input type="checkbox"/> 失禁なし <input type="checkbox"/> 失禁あり <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> ロリ/パン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ ( )					
	排尿管理	<input type="checkbox"/> 失禁なし <input type="checkbox"/> 失禁あり <input type="checkbox"/> その他 ( )					
サービス情報	希望日時	<input type="checkbox"/> 長時間(10-16時) <input type="checkbox"/> 入浴希望あり <input type="checkbox"/> 入浴希望なし <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土				他のサービス利用状況	
	※可能な日、または避けたい日をご記入ください	<input type="checkbox"/> 短時間: 午前(10-11時30分) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土				<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプサービス) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護	
		<input type="checkbox"/> 短時間: 午後(14時30分-16時) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土				<input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)	
		<input type="checkbox"/> 身体機能機能の維持向上 <input type="checkbox"/> 認知機能機能の維持向上 <input type="checkbox"/> 日常生活動作の維持向上 <input type="checkbox"/> 家事動作の維持向上 <input type="checkbox"/> 余暇活動の維持向上 <input type="checkbox"/> 他者との交流 <input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 通所リハ(デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他	
医療情報	主疾患名						
	かかりつけ医療機関名	<input type="checkbox"/> えびな脳神経外科 <input type="checkbox"/> その他					
	主治医	<input type="checkbox"/> 尾崎 聡 医師 <input type="checkbox"/> その他: 医師名					
	経過及び介護状況						
その他							

申込の際は、料金表実費はFAXして頂かなくても構いません。まずは、この用紙をFAXして頂きまして、その後こちらからケアマネージャー様へお電話させて頂