

訪問リハビリテーション 利用申請書

訪問リハビリテーション担当者 殿

介護老人保健施設 ハートフル田無の訪問リハビリテーションを希望します。
下記のとおり、申し込みます。

平成 年 月 日

事業所名
担当介護支援専門員 TEL FAX

(ふりがな) 利用者氏名	() (男・女)
生年月日	(明・大・昭) 年 月 日 (歳)
住所	
電話番号	

介護保険	被保険者番号	
	要介護認定	要支援・1・2・3・4・5・申請中
	有効期限	
健康保険	国保(本人・家族)・社保(本人・家族)・生活保護(CW)	
障害者手帳	無・有(級)	

かかりつけ医療機関 主治医	()
住所	
電話番号	
受療状況	

【特記事項】

【緊急時の連絡先】

(ふりがな)

氏名 (続柄)

住所 (電話)

利用者情報提供書

記入日 年 月 日

利用者名 _____

該当する項目に□チェックして下さい。

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	
	キーパーソン:		(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)

該当する項目に□チェックして下さい。

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:)

該当する項目に□チェックして下さい。

居 宅 利 用	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問ヘルパー	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<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 ()				

該当する項目に□チェックして下さい。

身 体 状 況	視力	<input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由	聴力	<input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由	言語	<input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由
	歩 行	<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"/> 使用器具無し	<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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
精 神 状 況	食事	<input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由	着脱	<input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由	入浴	<input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる	食事形態	<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ		
	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"/> 不眠無 <input type="checkbox"/> 不眠有	薬剤使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度)		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	指示理解	<input type="checkbox"/> 自由 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
	認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(軽・中・度)	問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	【特記事項】					