

( 介護予防 ・ 介護 ) 通所リハビリテーション 利用申請書

医療法人社団京健会さいきょうクリニック  
通所リハビリテーション 御中

申請日 令和 年 月 日  
申請者  
作成者 同上/その他・ケアマネジャー等( )

利用希望者	氏名	フリガナ	性別	生年月日 (年齢)		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 ( 才)	
現住所	〒	—	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 昼間独居			
	電話番号 ( )			—		
介護保険情報	被保険者番号	—	保険者			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支1 <input type="checkbox"/> 要支2 <input type="checkbox"/> 要介1 <input type="checkbox"/> 要介2 <input type="checkbox"/> 要介3 <input type="checkbox"/> 要介4 <input type="checkbox"/> 要介5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
	有効認定期間	～		認定日		
	負担段階	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 4段階 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不明				
	担当居宅介護支援事業所				担当者名	
その他情報	事業所の所在地					
	医療保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当CW )				
	手帳など	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	特記事項					

家族連絡先	氏名	フリガナ	続柄	電話番号	
				緊急連絡先1	
住所	〒	—	緊急連絡先2		

申請理由と要望やサービス内容など

希望曜日と頻度	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日					回 / 週 ・ 月
利用開始希望日	<input type="checkbox"/> 日程指定なし <input type="checkbox"/> 日程指定あり ( )					
週間スケジュール	曜日	午前	午後	特記事項		
	月曜日					
	火曜日					
	水曜日					
	木曜日					
	金曜日					
	土曜日					
	日曜日					

かかりつけ医療機関			
主治医氏名		電話番号	
住所	〒 —		
受療状況			

# 通所リハビリテーション 利用者情報提供書

利用者名	フリガナ	記入日	年 月 日
		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 才 )

該当する項目の□にチェックしてください。

身体 状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1m先が見える <input type="checkbox"/> 目の前が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡有		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声はやっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器有		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由 <input type="checkbox"/> 筆談など		
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
生活 状況	歩行	<input type="checkbox"/> 屋外自立 <input type="checkbox"/> 屋内自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> 補装具 ( )		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意	<input type="checkbox"/> あり ( 失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> なし
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	便意	<input type="checkbox"/> あり ( 失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) <input type="checkbox"/> なし
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴形態:	
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠	眠剤服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
精神 状況	服薬管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 管理者: )		
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> ごく具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない		
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない		
	認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 ) 特記事項:		
精神 行動 障害	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 大声・奇声を出す <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 破損行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 性的行動 特記事項:			
住宅 状況	家屋	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅等【 ( )階建ての( )階に居住 】 <input type="checkbox"/> エレベーター ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )		
	本人の部屋	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> その他 :		
	寝具	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団		
	住宅改修歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 手すり設置 ( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 :             )		
	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 手すり設置 ( <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 :             )		
その 他	特殊な医療	<input type="checkbox"/> 透析 ( 回 / 週 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> インシュリン管理 <input type="checkbox"/> パルンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input checked="" type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 特記事項:		
	自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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	
現状	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 病院退院 <input type="checkbox"/> 施設退所			

経過や病状、その他の留意点、外来通院歴など