

平和病院 通所リハビリテーション利用申込書・台帳

記入日 年 月 日

利用開始日 年 月 日

◆利用者情報

利用者名	ID	(才)	生年月日	大・昭	年	月	日
住所	(〒 -)	自宅電話					
キーパーソン	①続柄:		緊急連絡先:				
	②続柄:		緊急連絡先:				
認定結果	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5)	認定日	年	月	日	
利用不可日	月	火	水	木	金	土	週 回希望
サービス送迎	(希望・希望しない)			入浴 (希望しない・一般浴・器械浴)			
疾患名・既往歴	服薬						
本人・家族希望 ※出来るようになりたい動作など具体的にご記載ください。							
退院日	年	月	日				
その他・特記事項 ※家族の介護状況や病状等の詳細をご記載ください。							
ケアを行う上での注意事項							

◆日常生活状況

立ち上がり (可 ・ 不可)

着用装具:

食事	介助 (必要 ・ 不要)	食事形態 (常食 ・ 粥 ・ きざみ ・ ミキサー)					
排泄	自立 ・ 半介助 ・ 全介助	(オムツ ・ 紙パンツ)					
衣服着脱	自立 ・ 半介助 ・ 全介助	入浴	自立 ・ 半介助 ・ 全介助				
認知症	無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ・ 不明	会話	意思を伝えられる ・ 伝えられない				
移乗	自立 ・ 半介助 ・ 全介助	階段昇降	可能 ・ 1~2段可能 ・ 困難				
移動	自立歩行 ・ 手引き ・ 杖 ・ 手押し車 ・ 車椅子自走 ・ 車椅子介助 ・ ピックアップ						
視力障害	有 ・ 無	難聴	有 ・ 無	麻痺	有 ・ 無	体形	肥満 ・ 普通 ・ 痩せ

◆自宅周辺状況 ※送迎を希望される方のみご記載ください

住宅 戸建 アパート (階) 高層住宅 (階)

駐車スペース あり なし

自宅前の道路状況 ()

玄関前までの段差 階段あり 階段なし

◆事業所情報

事業所名: (事業所番号:)

担当者名: (支援専門員番号:)

電話番号: FAX番号:

住所:

※ 診療情報提供書の内容と異なる場合、または未記載の場合は受入をお断りさせて頂く場合がございます。ご了承ください。

◆平和病院記載欄	判定結果 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	判定日: 年 月 日
【判定結果の理由】		