

(記載例) 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	生年月日
(才)		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 ・ラクナ梗塞後 ・2型糖尿病、高血圧 (〇〇医院にて治療中) ※かかりつけ医もご記載ください。	服薬 ※現在、服薬されているものは全てご記載ください。服薬中の薬剤が多い場合は、添付資料をお送り頂いても構いません。	
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。 例) 立位の安定、トイレ動作の介助量軽減、下肢筋力をつけたい、入浴動作の介助量軽減、歩行の安定 など ※具体的な小目標をご記載ください。		
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 (例) 駐車専用スペースはないが、乗降時の一時停車が可能な道幅はある)

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】		