

短時間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 短時間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 介護支援専門員			FAX	046-236-2171
				担当者	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					携帯電話	
	緊急連絡先	氏名		続柄		電話番号		

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,福祉用具など ()				
	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,福祉用具など ()				
	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"/> おかけ 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一人大 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト 水分： <input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり： 150mlに対して <input type="checkbox"/> 小さじ2.5cc <input type="checkbox"/> 小さじ5cc <input type="checkbox"/> 中さじ10cc <input type="checkbox"/> 大さじ15cc 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,福祉用具など ()				
	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,福祉用具など ()				
	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,福祉用具など ()				
	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,福祉用具など ()				
	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,福祉用具など ()				
	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,福祉用具など ()				
	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,福祉用具など ()				
	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"/> リハパン <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"/> 9:00~10:15 <input type="checkbox"/> 10:30~11:45 <input type="checkbox"/> 12:00~13:15 <input type="checkbox"/> 14:30~15:45	他のサービス利用状況
	※可能な日、または避けたい日もご記入ください	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 ※木曜日は設定無し	
利用目的	<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"/> 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"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <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 (科)
	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きます。