

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 えびなファミリークリニック ソラーレ 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			FAX	046-236-2171
	介護支援専門員			担当者	あやづか ゆうじ 綾塚 裕司

利用者基本情報	フリガナ		性別	男	生年月日 年 月 日 (歳)	明治・大正・昭和		
	氏名			女		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 ()				
	起き上がり	<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 ()				
	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 ()				
	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"/> おかゆ 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一大 <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"/> 小小さじ2.5cc <input type="checkbox"/> 小さじ5cc <input type="checkbox"/> 中小さじ10cc 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 ()				
	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 ()				
	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 ()				
	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 ()				
	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 ()				
	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 ()				
	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 ()				
	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"/> ロリハパン <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"/> 長時間(10-16時) <input type="checkbox"/> 入浴希望あり <input type="checkbox"/> 入浴希望なし <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	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"/> 短時間：午前(10-11時30分) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
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		

医療情報	主疾患名	
	かかりつけ医療機関名	<input type="checkbox"/> えびなファミリークリニック ソラーレ <input type="checkbox"/> その他
	主治医	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他：医師名
	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