

訪問リハビリテーション利用申込書(No1)

				申込年月日： 年 月 日			
フリガナ				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
利用者氏名				男 女			
現住所	〒			電話番号	自宅 () 携帯 ()		
申込者氏名		続柄		電話番号	()		
緊急連絡先	氏名	続柄		家族構成 (同居・独居・昼間独居) ◎=本人,○=女性,□=男性、 ●■=死亡,☆=キーパーソン (同居家族を○で囲む)			
	住所						
	電話番号						
	自宅 () 携帯 ()						

介護保険情報	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 負担割合： 割 介護保険証有効期限： 年 月 日 ~ 年 月 日																					
身体障害者 手帳情報	☐ 有 (種) 特定疾患の認定 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 無 ※上記「有」の場合、重症度の認定 ☐ 有 ☐ 無																					
かかりつけ医療機関名 (月2回以上通院もしくは往診している医療機関名) () 病院・クリニック・医院 () 科																						
服薬状況	無・有 ()																					
既往歴																						
手術歴	無・有 (手術部位： 時期：) (手術部位： 時期：)																					
特記事項																						
<table border="1"> <tr> <td>ペースメーカー</td> <td>無・有</td> <td>体内金属</td> <td>無・有</td> </tr> <tr> <td>人工関節</td> <td>無・有</td> <td>補聴器</td> <td>無・有</td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td>無・有</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アレルギー</td> <td>無・有</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							ペースメーカー	無・有	体内金属	無・有	人工関節	無・有	補聴器	無・有	難聴	無・有			アレルギー	無・有		
ペースメーカー	無・有	体内金属	無・有																			
人工関節	無・有	補聴器	無・有																			
難聴	無・有																					
アレルギー	無・有																					

訪問リハビリテーション利用申込書(No2)

介護支援専門員 (ケアマネージャ)	介護支援事業所名	事業所No.	電話番号 ()	
	介護支援専門員氏名		FAX番号 ()	
利用目的 (希望・要望があれば自由にご記入ください)				
※日常生活 の自立度につ いてチェック をつけてく ださい。	①寝返り	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	②排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	【使用用具】	☐ おむつパッド ☐ ポータブルトイレ ☐ カテーテル		
	③着替え	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	④食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	⑤入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	⑥移動手段	☐ 独歩 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 全介助		
	⑦問題行動	☐ なし ☐ ときどきある ☐ ある()		
⑧日常会話	☐ できる ☐ ときどき困難 ☐ 困難			

利用希望日 希望日の時間帯に○をつけてください。他のサービス等で利用不可の時間帯には×をつけてください						
AM 9:00～12:00			PM 14:10～16:30			
曜日	月	火	水	木	金	土
AM						
PM						

現在利用中のサービス	サービス事業所名	利用頻度および曜日
訪問介護		
訪問看護		
デイサービス		
デイケア		
訪問入浴介護		
短期入所生活介護(ショートステイ)		
短期入所療養介護(医療型ショートステイ)		
その他のサービス		

◆個人情報取り扱いについて

1. ご記入いただいた個人情報は、「訪問リハビリテーション」およびそれに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用しません。
2. ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩いたしません。

FAX: 0466-36-2227

事業所番号 1412208445

上林整形クリニック