

篤友会リハビリテーションクリニック 訪問リハビリ利用申込書

申込日	令和 年 月 日( )					
申込者	氏名	本人・家族・担当ケアマネジャー・医療関係者				
	所属	Tel Fax				
利用者	フリガナ	家族構成図				
	氏名				(男・女)	
	生年月日				M・T・S 年 月 日( 才)	
	住所				〒	
	電話番号					
	認定状況	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5) 負担割合(1割・2割・3割)				
	その他	ア生活保護(無・有) イ身体障害手帳(無・有 級) ウ一部負担免除(無・有)				
	希望曜日	月 火 水 木 金 週 回				
	希望時間	: ~ :				
訪問リハビリ希望理由						
緊急連絡先	フリガナ	続柄	電話番号			
	氏名		携帯電話			
	住所					
家族状況	ア 一人暮らし イ 夫婦世帯 ウ 子供たちと同居					
	主たる介護者					
現病名						
既往歴						
受診状況	主治医	病院 科 先生				
		電話番号				
		住所				
身体機能	視力	普通・視力低下・全盲				
	聴力	普通・やや難聴・難聴				
	会話	普通・やや不自由・不自由				
	理解力	普通・やや理解できない・理解できない				
	動作	立ち座りできる・座位が保てる・起き上がれない				
	歩行	自立(自助道具使用:無・有→ 装具 杖)・介助が必要・歩けない				
A D L	食事	自立・一部介助 全介助				
	食事状況	経口(普通・軟菜・きざみ・とろみ・ミキサー) 非経口				
	入浴	自立・一部介助 全介助				
	排泄	昼間	自立(トイレ・ポータブル・尿器)・一部介助・全介助			
		夜間	自立(トイレ・ポータブル・尿器)・一部介助・全介助			

ご協力ありがとうございました。 ※お電話でのご連絡も併せてお願い致します。

篤友会リハビリテーションクリニック 訪問リハビリ担当者行

FAX:06-6833-0132