

あきる台クリニック 通所リハビリテーション 利用依頼書

申込日 年 月 日

フリガナ 氏名	性別 男・女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 生年月日 年 月 日 () 歳
住所	電話番号 () -	
緊急連絡先 名前 電話番号 () -	続柄 ()	住所 携帯 -
要介護度 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5		
希望曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 または 週 回を希望		
入浴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
主病名	既往歴	
最終入院歴 年 月 日	病院名:	
病状の安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	介護支援事業所名	
主治医 医療機関 TEL	担当ケアマネージャー	
医師名	TEL FAX	
希望	本人 家族	家族構成 *キーパーソン (
心身状態 について	日常生活の自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
	認知症高齢者の生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	精神・神経症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病状名)	
ADLに ついて	麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)	食事制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> カロリー (kcal)
	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> ロフトランドクラッチ <input type="checkbox"/> サイドケイン <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操・介助)	
	装具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> リハビリパット <input type="checkbox"/> その他 ()	
生活歴、現状の問題点等について		