

あきる台病院 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 | 続柄 () | 住所 |
| 電話番号 () - | 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 | |
| 時間 | ・ 1日 コース (6-7時間) を希望 | |
| | ・ 午前 短時間コース (1-2時間) を希望 | |
| | ・ 午後 半日 コース (2-3時間) を希望 | |
| 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 | 診療科目 | TEL FAX |
| 希望 | 本人 | 家族構成 |
| | 家族 | *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"/> フストランドクラッチ <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 | | |
| | | |
| | | |
| | | |