

医療法人社団 健芯会 ライフクリニック 訪問リハビリテーション申込書

		申込日：	令和	年	月	日	
依頼元の事業者名		TEL：	—	—			
介護支援専門員氏名		FAX：	—	—			
フリガナ		T・S 年 月 日 () 歳			男 ・ 女		
氏名							
住所	〒						
電話	—	—	緊急連絡先	—	—		
キーパーソン：	続柄 ()	自宅状況： 独居・同居 ()					
認定情報	要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) ・ 申請中 (有効期間： 年 月 日～ 年 月 日)						
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種 級) <input type="checkbox"/> 無		生活保護の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
特定疾患の認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		マル都の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
かかりつけの医療機関							
主治医	科		医師				
主治医に、当院の訪問リハビリを利用する事と情報提供書依頼は済んでいますか？ 未 ・ 済 ※未の場合は、早めに主治医へ連絡をお願いします。							
既往歴・現病歴をご記入下さい。							
*最終退院日 年 月 日							
①移動	方法：独歩・歩行器・杖・車椅子 ・その他 ()		自立度：自立・見守り・一部介助・全介助				
②食事	食事形態・摂取方法 ()		自立度：自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助				
③整容	自立 ・ 見守り ・ 介助						
④排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (方法)		オムツ/パッド	ポータブル	カテーテル		
⑤入浴	自立・見守り・介助		頻度： 週 回	入浴サービス利用： (あり ・ なし)			
⑥更衣	自立 ・ 見守り ・ 介助						
コミュニケーション	難聴：(あり・なし) 視力障害：(あり・なし) 構音障害：(あり・なし) 失語症：(あり・なし)						
認知症	なし ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度						
転倒歴	今までに転倒したことが (ある ・ ない) また 転倒リスクが (高い ・ 低い)						
訪問リハビリご依頼内容							
1. 関節可動域訓練		2. 筋力強化訓練		3. 浮腫の軽減		備考	
4. 基本動作訓練：寝起き・起き上がり・座位・立ち上がり・立位							
5. 日常生活活動訓練：食事・トイレ・入浴・着替え・整容・移動							
6. 歩行訓練		7. 疼痛の軽減		8. 高次脳機能訓練			
9. 転倒予防		11. 認知症予防		11. 閉じこもり予防			
12. 生活指導		13. 介助方法の指導		14. 生活環境の助言			
現在利用中、または今後利用予定のサービスについて							
訪問介護 ()	訪問看護 ()	訪問入浴 ()					
通所介護 ()	通所リハ ()	ショートステイ ()					

医療法人社団 健芯会 ライフクリニック

〒130-0022 東京都墨田区江東橋5-14-4 03-5638-8556 (代) FAX 03-6369-3397