

# 千曲中央病院訪問リハビリテーション利用申込書

利用者氏名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
現住所	〒	電話	( )
家族構成			
緊急連絡先	氏名	電話	( )

介護支援事務所		介護支援専門員氏名	
---------	--	-----------	--

かかりつけの医療機関名（主に月に1回程度、往診又は受診されている医療機関名をお書き下さい）

診療科名			
主病名			
最終退院歴	退院施設名	最終退院日	年 月 日

現在の状態	①寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	②立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	③移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子
	④排泄 (用具)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> カテーテル
	⑤食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 経管栄養有（鼻腔・胃ろう・その他）			
	⑥着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
⑦入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
⑧日常会話	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難		

お困りの点や生活目標を具体的にお書き下さい。(安全に歩行したい。トイレができるように。関節の硬さを防ぎたいなど)

希望する訪問リハビリの内容を○で囲んで下さい。

- |               |           |            |               |
|---------------|-----------|------------|---------------|
| 1. 関節の硬さを防ぐ練習 | 2. 筋力強化練習 | 3. 起き上がり練習 | 4. 立ち上がり練習    |
| 5. 車椅子に移る練習   | 6. 歩行練習   | 7. トイレ練習   | 8. 着替え練習      |
| 9. 入浴練習       | 10. 趣味的作業 | 11. 認知症予防  | 12. 寝たきりを防ぐ指導 |
| 13. 自宅での体操の習得 | 14. 言語練習  | 15. 嚥下訓練   | 16. その他       |

現在利用中のサービス	サービス事業所名	頻度及び曜日
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴		
通所リハビリ		
通所介護		
ショートステイ		

特記事項