

# 通所リハビリテーション利用申込書

記入日：令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日		年齢
	男・女		年 月 日		歳
現住所	〒 -				
電話番号	自宅 ( )		携帯 ( )		
家族構成 (同居の方)	氏名		続柄	年齢	職業
緊急連絡先	氏名		続柄	電話番号	
	①			( )	
	②			( )	
	③			( )	
介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		有効期限： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
かかりつけの 医療機関	病院		科	先生	
	定期受診 無・有		受診の間隔		回 / 週・月
	病院		科	先生	
	定期受診 無・有		受診の間隔		回 / 週・月
	病院		科	先生	
	定期受診 無・有		受診の間隔		回 / 週・月
現在ご利用中の サービス					
ワクチン接種録	接種回数： 回		最終接種日： 年 月 日		
ご希望コース または 曜日や時間帯	短時間コース ・ 半日コース ・ 1日コース ご希望の曜日や時間帯 ( )		送迎の 有無	有 ・ 無	
食事の希望	常食 ・ 腎臓病食 ・ 透析食 ・ やわらか食 ・ ムース食			【キザミ希望：有・無】 【トロミ希望：有・無】	
	※食事は1日コースのご利用者のみとなります				
おやつ希望	希望します ・ 希望しません ※おやつは半日コース(午後利用)、1日コースのご利用者のみとなります。				
アレルギーの有無	無 ・ 有 ( )				
服薬の有無	無 ・ 有 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 ・ その他： )				
備考					

裏面もご記入ください。

本人の希望	
家族の希望	
利用目的	

日常生活動作について						
身体状況	視力	問題なし	見えない時がある	見えない	眼鏡( 使用 ・ 不使用 )	
	聴力	問題なし	聞こえない時がある	聞こえない	補聴器( 使用 ・ 不使用 )	
	認知症	ない	ある(程度: )			
	床ずれ	ない	ある(部位: )		ポケット( ある ・ ない )	
起居動作	寝返り	自立	一部介助	全介助	手すり( 使用 ・ 不使用 )	
	起き上がり	自立	一部介助	全介助	手すり( 使用 ・ 不使用 )	
	座位	自立	一部介助	全介助	手すり( 使用 ・ 不使用 )	
	立ち上がり	自立	一部介助	全介助	手すり( 使用 ・ 不使用 )	
	移乗	自立	一部介助	全介助	手すり( 使用 ・ 不使用 )	
日常生活動作	階段昇降	自立 ( 支持なし ・ 杖 ・ 手すり )		一部介助	行わない	
	移動(屋内)	自立	一部介助	全介助 ( 杖無し ・ 伝い歩き ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす )		
	移動(屋外)	自立	一部介助	全介助 ( 杖無し ・ 伝い歩き ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす )		
	外出頻度	週に	回程度	主な外出先( )		
	食事	自立 ( 箸 ・ スプーン )	一部介助	全介助	むせこみ( ある ・ ない )	
	トイレ(昼)	自立	一部介助	全介助	尿意( ある ・ ない ) 便意( ある ・ ない )	
	トイレ(夜)	自立	一部介助	全介助	尿意( ある ・ ない ) 便意( ある ・ ない )	
	整容	( 歯磨き、ひげそり、化粧、整髪など )		自立	一部介助 全介助	
	更衣	上衣: 自立	一部介助	全介助	下衣: 自立 一部介助 全介助	
	入浴	自立	一部介助	機械浴( 椅子 ・ 寝台 )		
	コミュニケーション	問題なし 意志疎通できない( 理解 ・ 表出 )				
活動	家事	行っているもの( 料理 ・ 皿洗い ・ 掃除 ・ 洗濯 ・ 買い物 ・ その他: )				
	趣味活動	行っているもの( )			頻度( 週に ・ 月に	回程度)
	家庭内での役割	特になし	あり(内容: )			
	地域での活動	特になし	あり(内容: )			

ご不明な点などございましたら、下記にお問い合わせください

医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院 通所リハビリテーション結 責任者:藤野将義

〒205-0012 東京都羽村市羽4207番地 TEL:042-570-1130(代表) 042-570-2555(事業所直通)

FAX:042-570-2556