

# 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	有効期限：令和 年 月 日 ~				
	要介護 1・2・3・4・5	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		
現在ご利用中の サービス	月 火 水 木 金 土 日					
	午前					
	午後					
	◎訪問リハ      ○訪問看護      □訪問介護      △訪問入浴 ●通所リハ      ■通所介護      ▲その他( )					
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			送迎の 有無	有 ・ 無	
	ご希望の曜日や時間帯 ( )					
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					
おやつの希望	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