訪問リハビリテーション申込書

受付:　平成　　年　　月　　日

フリガナ		性別	明治 大正 昭和	年　月　日生	
氏　名		男・女			歳

住　所　〒(　　ー　　)	電話番号	
	TEL	ー　　ー
	連絡先	ー　　ー

保健状況(該当または所持するものに○印をつけてください)

・社保本人　・社保家族　・国保本人　・国保家族　・生保　・老人医療受給者証
・介護保険証　・介護区分　(支援1・支援2・要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5　)
・一部負担金相当額助成証明書　・身体障害者手帳(　)級　・その他(　　)

目的・理由

本人希望・ニーズ

家族希望・ニーズ

同居人・家族構成				現在の状況		
氏名	続柄	年齢	職業	1、自宅で生活	主介護者	
				2、通院・往診中	病・医院名 受診科 担当医師名	病院 科 先生
				3、入院中	病・医院名 受診科 担当医師名	病院 科 先生
				4、施設入所中	施設名	

身元保証人		氏名	関係	年齢	職業	住所	TEL・携帯	
	1						自宅	
							携帯	
	2						自宅	
							携帯	

心身の状況について

寝返り・起き上がり	1、出来る　2、見守りが必要　3、介助している
立ち上がり	1、出来る　2、見守りが必要　3、介助している
移動	1、独歩　2、杖　3、車いす　4、不可
排泄	1、自立(トイレ)　2、ポータブル　3、手伝い　4、オムツ
食事	1、自分で可　2、半介助　3、全介助
更衣	1、自分で可　2、半介助　3、全介助
入浴	1、自分で可　2、半介助　3、全介助
物忘れ	1、無し　2、時々　3、著しい

現在の介護サービスの利用状況

・訪問介護　・訪問看護　・訪問入浴　・ディケア　・ディサービス
・訪問介護福祉用具(　　利用)
・その他(　　)

ケアプラン作成利用状況:　1、あり　2、なし
事業所名　　担当名:　　ケアマネジャー