

# 通所リハビリテーション申込書（ケアマネジャー）

医療法人海星会 東逗子整形外科クリニック 行 事業者番号1412510071

〒249-0004 逗子市沼間3丁目8番地15号 (Fax 046-870-6678)

問い合わせ先(Tel 046-870-6677)

申込日 年 月 日

事業者名			
事業者番号		電話番号	
担当ケアマネジャー		Fax	
住所	〒		
かかりつけ病院		医師名	
電話番号		科	
住所			

フリガナ		性別	男・女
利用者氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
被保険者番号			
保険者番号			
住所			
電話番号			
主たる診断名			
経過			
退院日	年 月 日 (退院後3か月以内の方のみ記入)		
介護認定	申請中・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)		
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで		
介護者氏名		続柄	
リハビリ希望	本人	あり・なし・聴取困難	
	家族	あり・なし	
頻度	週に1回となります。		
通所リハビリテーション実施日	火曜日 午後12時45分から午後2時45分まで		
介護予防通所リハビリテーション実施日	金曜日 午後12時45分から午後2時45分まで		

※個人情報の取り扱いについて

- ・ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション」並びに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
- また、一切外部に漏洩致しません。

現在利用中のサービスについて、あてはまるものをご記入してください。

現在利用中のサービス	通所サービス(週 日 曜日)
	訪問介護(週 日 曜日)
	訪問看護(週 日 曜日)
	訪問入浴(週 日 曜日)
	訪問リハ(週 日 曜日)
	ショートステイ(施設名 )
現在の居所	自宅・自宅外( )

日常生活の状況についてあてはまるものを○で囲って必要事項を記入してください。

更衣	上半身	できる・見守り・修正自立・軽介助・中等度介助・全介助	
	下半身	できる・見守り・修正自立・軽介助・中等度介助・全介助	
寝返り		できる・見守り・修正自立・軽介助・中等度介助・全介助	
起き上がり		できる・見守り・修正自立・軽介助・中等度介助・全介助	
座位保持		できる・見守り・修正自立・軽介助・中等度介助・全介助	
立位保持		できる・見守り・修正自立・軽介助・中等度介助・全介助	
移乗	トイレ	できる・見守り・修正自立・軽介助・中等度介助・全介助	
	ベッド	できる・見守り・修正自立・軽介助・中等度介助・全介助	
移動	歩行	できる・できない	
	用具	なし・T字杖・四点杖・歩行器・車いす(自操・介助)・装具	
認知症		無・軽度・中等度・重度・わからない	
買い物		できる・できない	
趣味		ない・ある( )	

- ・当院の通所リハビリテーション利用開始前に、一度受診していただきます。
- ・サービス開始から1カ月以内、および1ヶ月ごとにリハビリテーション実施計画の見直し、評価、リハビリテーション会議の為に居宅訪問させていただきます。
- ・3カ月に1度、指示書の更新の為に当院受診していただきます。

※かかりつけ医の意見書は診療情報提供を元に、当院医師がリハビリ指示書を作成します。