

# 通所リハビリテーション利用申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	男	女
氏名		生年月日	(明・大・昭) 年 月 日 歳	
住所	大島郡 町	電話番号		
原疾患名 発症日	介護・支援を要す原因となる疾患			
介護度	短期集中通所事業・要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
居宅介護支援 事業者名	担当者名 電話 ( )			
希望利用日	週 回希望 / 特に希望なし			
送迎希望	希望する ・ 希望しない 車椅子のまま乗車 ・ 歩行にて可 ( )			
入浴希望	希望する ・ 希望しない			
現在の状況 (環境、ADL 等)	<input type="checkbox"/> 家族と同居 ( ) <input type="checkbox"/> 一人暮らし (近隣に支援できる方の有無 有 (続柄 ) ・ 無 ( ) ) <input type="checkbox"/> 入院中 (入院先 病院に 年 月から入院) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (入所先 に 年 月から入所) <input type="checkbox"/> その他			
	移動手段: <input type="checkbox"/> 歩行できる <input type="checkbox"/> できない (補助具) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖(T字・4点・その他 ) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助) 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 排 泄: <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"/> 尿器・ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ・リハビリパンツ・尿取りパット 周辺症状: <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚・錯覚 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他			
生活全般の解 決すべき課題 (ニーズ)				
ケアプラン上、どのようなリハビリ内容をご希望ですか？				
<input type="checkbox"/> 基本動作(寝返り、起き上がり、立ち上がり能力の向上(介助指導も含む)) <input type="checkbox"/> 日常生活動作(身の回り動作)練習 <input type="checkbox"/> 家事やその他生活応用動作練習 <input type="checkbox"/> 住環境整備などのアドバイス(手すり、段差、トイレ、浴室改修の提案など) <input type="checkbox"/> 福祉用具(補助器具、自助具の選択、指導、調整) <input type="checkbox"/> コミュニケーション(発語、理解等)能力の向上 <input type="checkbox"/> 摂食、嚥下機能の向上 <input type="checkbox"/> その他				
医療管理	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> インスリン・血糖測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
その他の情報 ・希望事項				

※お申込みいただきありがとうございます。検討後早急にお返事させていただきます。  
 ※ご利用開始時は、診療情報提供書が必要となります。

受付印

医療法人徳洲会 徳之島徳洲会介護センター  
 通所リハビリテーション  
 電話83-1100 FAX83-3756