

# 利用申請書

ろうけんくがやま

通所リハビリテーション

訪問リハビリテーション

記入日 年 月 日

フリガナ 利用者氏名		男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
住所	〒		TEL - -

介護保険	被保険者番号	保険者番号
	要介護認定 有効期限	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
	健康保険	
障害者手帳		

かかりつけ医 主治医氏名	
住所	電話番号
受療状況	

## 【特記事項】

病名 (主な病名と既往歴も含む)	
---------------------	--

現在の お身体、病態、 介護環境 の状態	
-------------------------------	--

当施設を利用 するにあつ て、ご本人の 希望・目的	
------------------------------------	--

当施設を利用 するにあつ て、ご家族の 希望・目的	
------------------------------------	--

【緊急時連絡先】

① 氏名 (続柄) TEL  
 住所 携帯

② 氏名 (続柄) TEL  
 住所 携帯

該当する項目□にチェックして下さい。

家族環境	同居家族 <input type="checkbox"/> 配偶者 ( <input type="checkbox"/> 夫 ・ <input type="checkbox"/> 妻 ) <input type="checkbox"/> 子供 ( 人 ・ 続柄 ) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )	家族構成図
	主たる主介護者 キーパーソン	
	家族の介護力 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 介護困難 ( 理由 )	

住宅環境	家屋 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> アパート・マンション・公営住宅等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 平家 <input type="checkbox"/> ( )階建の( )階に居住 エレベーター(有・無)
	本人の部屋 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 畳 ・ フローリング ・ その他 )
	住宅改修 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 手すり取り付け <input type="checkbox"/> トイレ改造 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 )
	住宅改修の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 手すり取り付け <input type="checkbox"/> トイレ改造 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 )

居宅利用	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護
	<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( )
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 ( )
	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 ( )

身体状況	歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行自立 <input type="checkbox"/> 屋内歩行自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 使用器具なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他 ( )
	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	視力 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由 聴力 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由
	言語 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 自由
	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 ( 禁食 : 無 ・ 有 )
	食事形態 (主食) <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ミキサー
	嚥下機能 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる 水分トロミ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴 <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"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル
	睡眠 <input type="checkbox"/> 不眠無 <input type="checkbox"/> 不眠有 (薬剤使用 : 無 ・ 有 )

精神状況	意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> 困難 指示理解 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> 困難
	認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 軽 ・ 中 ・ 重 )
	問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
特記事項	