

# 藍野病院 訪問リハビリテーション申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ	利用者氏名 _____			性別 ( 男 ・ 女 )
生年月日	大・昭・平 〒 -	年	月	日生 ( )歳
住所	_____			
電話	自宅 :	-	-	
	携帯電話 :	-	-	
	*緊急連絡先 :	-	-	(氏名: _____ ・続柄: _____)

ご利用者様以外の連絡先を必ず記入して下さい。

認定情報 要支援( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) ・ 申請中  
 (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) 保険番号 \_\_\_\_\_ 負担 割 \_\_\_\_\_

手帳など	<input type="checkbox"/> 有 ( 種 級 ) <input type="checkbox"/> 無	県障の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
特定疾患の認定	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <u>有の場合以下の項目も記入して下さい。</u>	
	公費負担者番号 ( _____ ) 公費負担医療の受給者番号 ( _____ ) 負担金額(外来 円) _____ 有効期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	
生活保護	<input type="checkbox"/> 有 (担当CW _____) <input type="checkbox"/> 無	

依頼元の事業者名 \_\_\_\_\_ 事業所番号 \_\_\_\_\_

介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 - \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

かかりつけの医療機関について ※当院以外の病院・診療所がかかりつけの場合、必ず記入して下さい。

かかりつけの医療機関 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師 (受診 / 訪問診療)

医師の氏名はフルネームでお願いします。

主治医に、当院の訪問リハビリを利用する事と情報提供書依頼は済んでいますか？

未 ・ 済

\* 未の場合は、早めに主治医へ連絡をお願いします。

医療法人 恒昭会 藍野病院 訪問リハビリテーション事業所 あいの 事業所番号2714201064  
 〒567-0011 大阪府茨木市高田町11-18 TEL:072(621)3800 FAX:072(627)3627

※太枠内は記入しないでください。 ID: \_\_\_\_\_

・リハ開始日 年 月 日    リハ担当 PT:    OT:    ST:

・ 介護予防訪問リハ    訪問リハ    ・短期集中加算    無・ 有 ( 月 日退院 )   ・ 受診    往診

・訪問リハ担当医 \_\_\_\_\_ 科 / \_\_\_\_\_ Dr    ・初回受診予定日 年 月 日

**利用者様の状態についてお伺いします。**

既往歴・現病歴をご記入ください。

援助の経過・訪問リハビリを利用するきっかけをご記入ください。

\* 最終退院日 年 月 日

内服薬の情報(別紙でも可)	駐車場情報(軽自動車1台分) <input type="checkbox"/> 敷地内にあり <input type="checkbox"/> 契約駐車場あり No等を記入( )
家族構成・主たる介護者について教えてください。 主たる介護者:( ) 介護者の健康状態等	家族構成  <input type="checkbox"/> なし→100m以内に有料駐車場 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(要相談)

日常生活の状態について教えてください。

移動	方法: 独歩・歩行器・杖・車椅子・その他( ) 自立度: 自立・見守り・一部介助・全介助
食事	食事形態・摂取方法( ) 自立度: 自立・見守り・一部介助・全介助
整容	自立・見守り・介助
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助
使用用具	オムツ/パット・ポータブル・カテーテル・既設トイレ
入浴	自立・見守り・介助 頻度: 週 回 入浴サービス利用: (あり・なし)
更衣	自立・見守り・介助
コミュニケーション	難聴:(あり・なし) 視力障害:(あり・なし) 構音障害:(あり・なし) 失語症:(あり・なし)
認知症	なし・軽度・中等度・重度
転倒歴	今までに転倒したことが(ある・ない) また転倒リスクが(高い・低い)

ケアマネージャーから見て、必要な訪問リハビリの内容を○で囲んでください。

- (1) 心身機能の維持・回復に関すること
  - 1. 関節可動域訓練 (関節拘縮予防・可動域向上) 2. 筋力強化訓練
- (2) 動作能力の維持・回復に関すること
  - 1. 歩行訓練
  - 2. 基本動作訓練 : 寝起き・起き上がり・座位・立ち上がり・立位
  - 3. 日常生活活動訓練 : 食事・トイレ・入浴・着替え・整容・移動
- (3) 介護予防に関すること
  - 1. 転倒予防 2. 認知症予防 3. 閉じこもり予防
- (4) 生活に関すること
  - 1. 生活指導 2. 介助方法の指導 3. 生活環境の助言
- (5) 言語聴覚療法に関すること
  - 1. 嚥下訓練・指導 2. 失語症に対する訓練 3. 構音訓練

他のサービスについて、現在利用中またはこれから利用するサービスをご記入ください。

	サービス事業所名	利用頻度及び利用曜日
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴		
通所介護		
通所リハビリ		
ショートステイ		
福祉用具		
その他(訪問マッサージ等)		

訪問リハ希望日と頻度	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 回/週・月
利用開始希望日	<input type="checkbox"/> 日程指定なし <input type="checkbox"/> 日程指定あり ( )