

山梨赤十字病院 通所リハビリテーション利用申込書

令和 年 月 日

山梨赤十字病院
通所リハビリテーション「あかまつ」
施設管理者 殿

利用申込者 _____ (印)

次のとおり、山梨赤十字病院通所リハビリテーションあかまつを利用したいので申込を致します。

フリガナ		性別	生 年 月 日		
利用者氏名		男・女	大正・昭和	年	月 日
現住所	〒 _____ TEL () _____				
家族構成	氏名	年齢	続柄	同・別居	
		歳		同・別居	
		歳		同・別居	
		歳		同・別居	
緊急連絡先	氏名	続柄	携帯・自宅・職場	TEL _____	
	氏名	続柄	携帯・自宅・職場	TEL _____	
	氏名	続柄	携帯・自宅・職場	TEL _____	
	その他の緊急連絡先 () _____				
介護保険	無・有	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)	
		認定期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)			
障害者手帳	無・有 (身障・療養・精神)			種 級	
利用目的	(リハビリを行い、どうなりたいなど具体的にご記入ください。)				
*必ずご記入ください					
かかりつけの医療機関	(病院・医院)			科	先生
	定期受診	無・有	受診の間隔	回 /	週・月
内服薬	無・有	(朝・昼・夕・寝る前)			
アレルギー	無・有	備考() _____			
病歴	_____				
担当ケアマネージャー	事業所名			氏名	
現在利用中のサービス	通所サービス (週 日)	事業所名 () _____			
	訪問介護 (週 日)	訪問看護 (週 日) 訪問入浴 (週 日)			
	訪問リハビリ (週 日)	ショートステイ (施設名: _____)			

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。

食事	主食	ご飯・お粥・ミキサー・重湯
	副食	普通・一口大・刻み・ミキサー
	好き嫌い	無・有 ()
	食事制限	無・有 ()
	経管栄養	無・有 ()
	摂取	できる (箸・スプーン・フォーク・その他) ・一部介助 ・ できない
口腔	状態	自歯・部分入れ歯 (上・下) ・総入れ歯・入れ歯なし
	歯磨き	できる・一部介助・できない
排泄	動作	できる・一部介助・できない
	場所	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・その他()
	使用物	布パンツ(日中・夜間・常時) ・リハビリパンツ(日中・夜間・常時) オムツ(日中・夜間・常時) ・パット(日中・夜間・常時)
	その他	尿意(有・無) ・便意(有・無) ・失敗(有・まれ・無) 排便状況 (回 / 日) ・浣腸の使用(有・無)
更衣	上半身	できる・見守り・一部介助・全介助
	下半身	できる・見守り・一部介助・全介助
入浴	形態	普通浴・機械浴・特浴・シャワー浴・清拭
	動作	できる・見守り・一部介助・全介助
寝返り	できる・掴まればできる・一部介助・全介助	
起き上がり	できる・掴まればできる・一部介助・全介助	
座位	できる・背もたれ必要・できない	
立位	できる・掴まればできる・一部介助・できない	
移動	歩行	できる・できない
	用具	なし・杖 (T字・4点・その他) 歩行器・車いす (自操・介助)
認知症	無・軽度・中度・重度・わからない	
会話	意思を伝えられる・意思を伝えられない	

現在行っている事項について☑をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 食事の用意	<input type="checkbox"/> 食事の片付け	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 掃除や整頓
<input type="checkbox"/> 力仕事	<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 外出	<input type="checkbox"/> 屋外歩行
<input type="checkbox"/> 趣味	<input type="checkbox"/> 交通手段の利用	<input type="checkbox"/> 旅行	<input type="checkbox"/> 庭仕事
<input type="checkbox"/> 家や車の手入れ	<input type="checkbox"/> 読書	<input type="checkbox"/> 仕事	<input type="checkbox"/> その他

身体機能について、あてはまるものに☑をご記入ください

<input type="checkbox"/> 転倒する事がある	<input type="checkbox"/> 同じことを言う	<input type="checkbox"/> 介護に抵抗する
<input type="checkbox"/> ベッドから落下することがある	<input type="checkbox"/> 思い込みが激しい	<input type="checkbox"/> 夜間眠れない
<input type="checkbox"/> 物忘れが多い	<input type="checkbox"/> 不安が強い	<input type="checkbox"/> 入浴を拒否する
<input type="checkbox"/> 食品以外の物を口に含む	<input type="checkbox"/> うつ症状がある	<input type="checkbox"/> 帰宅願望がある
<input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 興奮する事がある	<input type="checkbox"/> 薬の管理ができない
<input type="checkbox"/> 火の不始末の心配がある	<input type="checkbox"/> 怒鳴る・暴力を振るう	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れがある

通所リハビリテーション「あかまつ」への要望・ご意見等があれば、ご記入ください。

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--