

木村メディカル通所リハビリセンター 申込書・相談書

(西暦) 年 月 日

フリガナ		生年月日(西暦)		年	月	日
利用者氏名		性別	男・女	年齢	歳	
住所	(〒 -)					
電話番号1		電話番号2				
介護認定	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)					
事業所名		ケアマネジャー				
主病名と発症日(詳細は次ページへご記入ください)						
現在の状況	在宅療養中	主たる介護者				
		医療機関 主治医				
		退院・退所日				
	病院施設	医療機関 主治医				
退院・退所予定日						
家族構成 (同居者・関係者)	氏名	続柄	必要時連絡先			
本人の希望						
家族の希望						
どのようなリハビリをご希望ですか? 以下項目にチェックしてください。						
<input type="checkbox"/> 基本動作(起き上がり、立ち上がり、立位歩行)能力の向上						
<input type="checkbox"/> 日常生活動作(食事、排泄、更衣、入浴、整容)能力の向上						
<input type="checkbox"/> 社会参加に伴う応用動作能力の向上						
<input type="checkbox"/> 住宅改修が必要						
<input type="checkbox"/> 福祉用具が必要						
<input type="checkbox"/> その他						
他サービス利用状況						
機能日時・回数	(日時・回数の希望等をご記入ください)					

日常生活動作レベル

起居動作	寝返り	自立 一部介助 全介助 手すり (使用・不使用)
	起き上がり	自立 一部介助 全介助 手すり (使用・不使用)
	座位	自立 一部介助 全介助 肘置き背もたれ (使用・不使用)
	立ち上がり	自立 一部介助 全介助 手すり (使用・不使用)
	移乗	自立 一部介助 全介助 手すり (使用・不使用)
日常生活動作	階段昇降	自立 一部介助 全介助 手すり (使用・不使用)
	移動 (屋内)	自立 一部介助 全介助 (杖 歩行器 車いす)
	移動 (屋外)	自立 一部介助 全介助 (杖 歩行器 車いす)
	外出頻度	週に 回数 主な外出先 ()
	食事	自立 (箸・スプーン) 一部介助 全介助 ムセ (有・無)
	トイレ (昼)	自立 一部介助 全介助 ポータブルトイレ
	トイレ (夜)	自立 一部介助 全介助 ポータブルトイレ
	整容	自立 一部介助 全介助
	更衣	自立 一部介助 全介助
	入浴	自立 一部介助 全介助
	コミュニケーション	理解 (できる・できない) 表出 (できる・できない)
	家事	自立 短時間ならできる できない
身体状況	聴力	聞こえる 難聴 聞こえない
	認知機能	問題なし 認知症疑い 認知症
現病歴・既往歴		
備考		

ご不明な点などは、お電話もしくはFAXにてご連絡ください。

木村メディカル通所リハビリセンター

TEL : 090-3990-5143

FAX : 072-767-6609