

通所リハビリテーション利用申込書

受付日	平成 年 月 日	通所開始日	平成 年 月 日					
利用者本人	フリガナ 氏名	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	才 男・女				
	住所	おひり ・ 家族と同居		電話				
	現在の居住場所	自宅・病院入院中・その他 ()						
	要介護度	支援1・支援2・1・2・3・4・5	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日				
	健康保険種類	国保・社保・後期高齢者医療・生活保護	身体障害者手帳	無・有⇒ (級)				
主治医又は病院名	主な病名							
病院への入院期間	年 月 日～ 年 月 日							
保証人	フリガナ 氏名	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	才 男・女				
	利用者本人との続柄							
	住所	電話番号						
		携帯電話						
	職業	勤務先						
勤務先電話番号								
家族	氏名	年齢	続柄	職業	氏名	年齢	続柄	職業

利用者の身体状況

身体状況	視力	普通	やや弱い	やっとな見える	全盲	
	聴力	普通	少し耳が遠い	大声なら分かる	難聴	
	会話	普通	少し不自由	よく分からない	言語障害がある	
	とこずれ	なし・ある	1ヶ所・2ヶ所・数ヶ所 (部位)			
	おむつ使用	なし・ある	夜だけ使用・昼夜とも使用する (1日 回交換)			
車椅子使用	必要としない・あれば使用・使用する (運転できる・できない)					
コミュニケーション	意思の疎通が充分可能	ある程度意思の表示・了解ができる	かろうじて、了解できる程度	全くできない 殆ど通じない		

*次の事項の該当欄を○で囲んで下さい。

1. この施設のことをどこで（誰に）お聞きになりましたか？

〔 ・市役所（役場） ・福祉事務所 ・病院（ ） ・その他 〕

2. 現在かかっている病院名（またはかかりつけの病院名）をご記入下さい。

〔 ・無し ・有り..... 〕

3. この施設の通所を希望した目的をお答え下さい。

〔 ・寝たきりの改善 ・主として歩行訓練 ・障害に対する機能訓練
・脳障害後遺症の改善 ・病後の機能低下の改善 ・意欲の低下の改善
・骨折後の機能回復訓練 ・認知症（ボケ）があるため日常生活訓練
その他（具体的に記入下さい）..... 〕

4. 自宅での介護上の問題点は？

〔 ・寝たきり ・失禁、排泄 ・入浴 ・食事 ・リハビリ ・暴行、暴力
・暴言 ・ボケ、徘徊 ・家族関係 ・家屋構造 ・介助者不在
その他（具体的に記入下さい）..... 〕

5. 通所ご希望者様の特性や、施設に対するご希望があればご記入下さい。

.....
.....
.....
.....

【備考】

* 次の事項の該当欄を○で囲んで下さい。

お名前 _____ 殿

区分		1. 自分で可 (ランク A)	2. 一部介助 (ランク B)	3. 全面介助 (ランク C)
日常生活動作状況	寝がえり	* 自分でできる。	* 手を貸せばできる。	* できない。
	起 座	* 長時間座っていら れる。	* 短い時間なら支持 なしで座れる。	* 支えがないと座っ てられない。
	立上がり	* 自力で立ち上がれ る。	* 少し介助があれば 立ち上がれる。	* 立ち上がれない。
	歩行移動	* 時間がかかっても 自力で歩ける。 (杖使用・不要)	* 付添いが手や肩を 貸せば歩ける。 (歩行器使用)	* 歩行不可能 * 全面的な介助を要 する。
	食 事	* 自分でできる。 (スプーン・箸)	* 少し介助すれば、 かなり食べられる。	* 食べさせなければ 食事できない。
	排 泄	* 介助があれば、自 分で昼夜ともトイレ で用をたせる。 * 昼は自分でトイレ 夜は簡易便器等を 使用する。	* 介助があれば簡易 便器でできる。 * 夜間はおむつを使 用している。	* 常時おむつを使用 している。 * 全面介助を要する。
	入 浴	* 自分で入浴でき、 自分で洗える。 * 浴槽の出入りだけ 介助すれば可。	* 自分で入浴できる が、洗うときには、 介助を要する。	* 自分では入浴でき ない。 * 特殊浴槽を使用す る。
	着脱衣 ・着替え	* 自分でできる。	* 袖を通すなど少し 介助すればできる。	* できない。 * 全面介助。
整 容	* 自分で身だしなみ できる	* タオルで顔を拭く 等の一部要介助。	* 自分ではできない。 * やろうとしない。	
障 害 期 間	* 上記の状態になったのは、いつ頃からですか？ 昭和・平成 年 月 日頃から (年 カ月くらいになる)			
補 助 具 類	* 現在、補助具や補装具を使用していますか？ 杖 歩行器 車椅子 手・足の補装具 義手 義足 その他			
麻 痺	* 麻痺はありますか？ ある (右・左) (手・足) (言語) ・ ない			

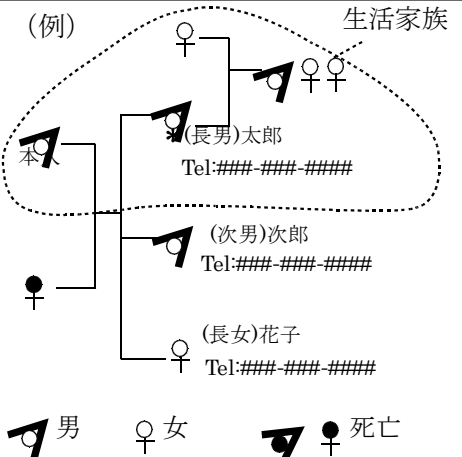
* 次の事項の該当欄を○で囲んで下さい。

事項		1. 軽 度	2. 中 度	3. 重 度
認知症の症状	記憶障害	* 物忘れ、置忘れが目立つ。	* 最近の出来事が分からなくなってきた。	* 自分の名前が分からない。 * 直前の話や出来事を忘れる。
	見当識障害	* 環境が変わると、一時的にどこにいるのか分からない。	* 時々自分の部屋が分からなくなる。	* 自分の部屋や場所が分からなくなる。
	* 無し 日常生活障害	* 記憶の低下等があるが、自立の生活が何とかできる。	* 家事などのよく慣れたことも忘れ、複雑なことはできなくなってきた。	* 全面的な介助を要し、一人では生活できない。
問題行動	妄想・錯覚	* 事実と思い込んでいても、よく話せば分かる。	* 物を盗られた、食事していないなど錯覚するが、それほどひどくはない。	* 物盗られ、食事させない妄想（被害妄想）や嫉妬妄想が出現した。
	感情障害 意欲減退	* 外へ出たがらない。 * 今までやっていた趣味読書等しない。	* おこりっぽい。 * 気分がすぐ変わる。 * 憂鬱そうになった。	* 他の事に無関心。 * テレビ新聞を見ない。 * すぐ泣き出す。
	睡眠障害	* 夜の睡眠が浅い。 * 睡眠時間が短い。 * 不眠を訴える。	* 寝つきが悪く夜寝ないで昼寝する。 * 夜間睡眠の悪かった時等、状態が良くない。	* 夜まったく寝ずにゴソゴソ動き、昼間寝る。 2～3日つづけて起きていたり、眠り続けたりする。
	攻撃的 行為	* 攻撃的な言葉をはくことがある。	* 乱暴な振る舞いが多い。	* 他人や家族に暴力を振るう。
	徘徊	* 家の中をうろろろすることがある。	* 家中をあてもなく歩きまわる。	* 家内外をあてもなく歩きまわる。
	不穏 ・興奮	* 時には、興奮し騒ぐこともある。	* しばしば興奮し、騒ぎ立てる。	* いつも興奮し大声を出すこともある。
	* 無し 自殺行為 不潔行為	* 衣類を破る。 * 衣類を汚す。	* 体を傷つける。 * 放尿・排便をかまわずする。	* 自殺を図る。 * 弄便がある。
* 無し 失 禁	* 誘導すればトイレでできる。	* トイレに行くが、間に合わない。	* 常に失禁する。	
その他特別な事項				

通所者生活調査票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ 利用予定者氏名	男・女	明治 大正 昭和 年 月 日
フリガナ 申込者氏名	利用予定者 との続柄	・同居 ・別居
利用予定者本籍地			
利用予定者現住所			
現病名	通所までの経過		
(既往歴)			
年	病名	入院期間	
身体徴候			
発熱 (有・無)	脱水 (有・無)		
食欲 (良・普通・不振)			
睡眠 (良・普通・不振)	尿		回/日
浮腫 (有・無)	オムツ交換		回/日
(有・無)	便 (下痢・便秘)		回/日

<p><u>家族構成</u> (介護主担者には*)</p>	<p>(例)</p>  <p>♂ 男 ♀ 女 ☠ 死亡</p>
<p><u>現在の居住環境</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *市街地・農村・漁村 *一戸建て・集合住宅 (階建て 階) *専用居室 (有 ・ 無) *トイレ (和 ・ 洋) 	<p><u>利用予定者の性格・病前の趣味や行動特性</u></p>
<p><u>利用予定者の嗜好</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *酒類 現在 飲まない・飲む (1日 位) 過去 飲まない・飲む (1日 位) *煙草 現在 吸わない・吸う (1日 本位) 過去 吸わない・吸う (1日 本位) 	
<p><u>食事状況</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *主食 普通・粥 *副食 普通・きざみ *食法 箸使用・スプーンのみ・手掴み、にぎり *食量 大食い (杯位) ・普通・小食 *好きな食べ物 (_____) *嫌いな食べ物 (_____) *次の食べ物の可否 { <ul style="list-style-type: none"> 生卵・納豆・さしみ・青魚・うなぎ 食べられない物に ○を付けて下さい。 牛乳・そば・その他 (_____) 	

通所時診断書

氏名	歳	性別	男・女
住所	TEL		
既往歴			
伝染性疾患	HB S 抗原		
	H C V 抗体		
	M R S A		

1、治療対象となっている病名、及び 投薬

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

2、リハビリ指示（目標、具体的な可否基準、訓練上の注意、禁忌など）と、リハビリに必要な心肺機能・四肢の運動機能及び脳循環機能について、詳しくお知らせください。

目標：

可否基準（血圧）：

（心拍数）：

（体温）：

訓練上の注意や禁忌：

その他：

3、心電図の所見、もしくはコピー

血液型	R h	血圧	
栄養の状態	良	可	・不可

上記の通り診断します。

[宛]

社会福祉法人うぐいす会

介護老人保健施設

コミュニティ広場うぐいす園

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印