

千鳥橋病院 通所リハビリテーション申込書

年 月 日

依頼施設・担当者					
主治医施設: 主治医住所:		主治医氏名: 主治医Tel:			
(ふりがな) 氏名:	男・女	明 大 昭 平	年 月 日		
住所		電話 携帯電話			
要介護 5・4・3・2・1 要支援2・1		居宅介護支援事業所			
希望曜日		車椅子(有・無)			
病名 医療上の管理の状態 (退院後の主治医) (ID)					
通所リハ利用の目的・理由 家族の介護負担軽減 身体機能とADLの維持・向上 危険防止(転倒 徘徊等) 他利用者との交流 精神賦活・趣味等の開発		清潔保持 生活サイクルの獲得 慢性疾患管理 痛みのコントロール 障害需要 その他			
他に利用しているサービス					
在宅状況	移動:	歩行自立	介助歩行	車椅子自走	車椅子介助
	食事:	自立	部分介助	全介助	その他
	排泄:	トイレ自立	トイレ介助	オムツ常用	その他
	ADL上の問題: 家屋状況: 家族状況:				
認知症	無し	健忘	徘徊	その他	長谷川式(点)
希望サービス 送迎 (片道 ・ 往復 ・ 無) *(リフト車 ・ ワゴン車) 入浴 (有 ・ 無) 食事 (普通食 ・ 粥 ・ キザミ ・ その他()) 個別リハビリ (有 ・ 無) 個別リハビリ有りの理由: 退院後 (1年未満 ・ 1年以上)					
特記事項					