

ハートケア横浜 通所リハビリテーション 利用申込書 Pg1

申込元情報 (居宅・医療・その他)

申込日 年 月 日

事業所名	住所
担当者氏名	TEL FAX

利 用 者	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	明 大 昭	年	月	日	(満才)
	氏名		年	月	日			
者	住所	〒 -		TEL:	- -			
	介護保険 被保険者番号			認定済・申請中(区変) (月 日付)	認定日	年	月	日
	認定区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		認定期間	年 月 日～ 年 月 日			
	障害者手帳	無・有 (種 級) 障害名()		介護保険 負担限度額認定書	無・有	自己 負担	1割・2割	
情 報	医療保険	後期高齢医療 国保(家族・本人) 社保(家族・本人) 生活保護 その他()						
	【家族構成図】			主介護者				続柄
					連絡先			
					連絡可能時間	時頃		
				世帯状況	一人暮らし・高齢世帯・日中独居 その他()			

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅・ <input type="checkbox"/> 入院中・ <input type="checkbox"/> 入所中		入院(所)日	年	月	日～
	病院/施設名		退院(所)日	年	月	日
希望サービス及び 利用曜日	<input type="checkbox"/> 短時間型(<input type="checkbox"/> 午前10:45～12:15 <input type="checkbox"/> 午後13:45～15:15) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> お任せ(週 回) <input type="checkbox"/> 長時間型(10:00～16:10) <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> お任せ(週 回)					
送迎希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・自宅周辺に狭路(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)・乗り降り(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 車イス) ・座位保持(<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可) ・車酔い(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)					
入浴希望(長時間)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 一般浴対応《全身シャワー浴含む》 ・ <input type="checkbox"/> 機械浴対応)					
(予定)利用中のサービス	訪問介護 通所介護 訪問看護 訪問リハ 通所リハ 福祉用具 SS その他()					
具体的な支援内容及び 利用曜日の記載						

生活情報(生活歴・家族状況・生活環境などについて記載)

支援の経過(これまでの支援方針・支援の成果などについて記載)

ハートケア横浜 通所リハビリテーション 利用申込書 Pg2

◎医療情報について記入して下さい

傷病歴について記載(診断名及び発症年月日)		傷病経過及び医学的観点からの留意事項など	
主治医 医療機関	医療機関名	科名及び主治医	電話番号
医療機関	医療機関名	科名及び主治医	電話番号
医療機関	医療機関名	科名及び主治医	電話番号
処方薬	※全科処方薬記入(外用薬含む)		
処置等に関する 特記事項	尿道カテーテル ・ 人工肛門 ・ インシュリン(自己注射 可・不可) ・ 人工透析(週 回) 褥創(部位:) ・ その他()		

◎活動等について(あてはまる箇所には○をつけて下さい)

基本動作	起き上り	自立	見守り	一部介助	全介助	備考					
	立ち上り	自立	見守り	一部介助	全介助						
	立位保持	自立	見守り	一部介助	全介助						
移動・移乗	歩 行	自立	見守り	一部介助	歩けない						
		用具	杖	歩行器	シルバーカー		他()				
	階段昇降	自立	見守り	一部介助	全介助						
	車イス	操作出来る	一部介助	出来ない	使用していない						
椅子とベッド間の移乗	自立	見守り	一部介助	全介助							
A D L	食 事	自立	見守り	一部介助	全介助		入 浴	自宅で	一人で入れる	見守りや介助で入れる	入浴できない(しない)
		方法	箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 他()	洗身・洗髪	自立			見守り	一部介助	全介助	
L	排 泄	自立	見守り	一部介助	全介助	更 衣	自立	見守り	一部介助	全介助	
		布パンツ ・ 紙パンツ ・ 紙オムツ ・ パット(有 ・ 無)	整 容	自立	見守り	一部介助	全介助				
視 力	見える	見えにくい	見えない	眼鏡	有 ・ 無	聴 力	聞える	聞えにくい	聞えない	補聴器	有 ・ 無
	眼疾患	無 ・ 有	(右眼 ・ 左眼) 白内障 ・ 緑内障 その他()	自分の意思の伝達能力			伝えられる	いくらか困難	具体的要求のみ可	伝えられない	
認知症	無 ・ 有	(軽度 ・ 中等度 ・ 高度 ・ 非常に高度)									
中核症状	記憶障害 ・ 見当識障害 ・ 理解・判断力の障害 ・ 高次機能障害()										
周辺症状	無 ・ 有	幻視・幻聴 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否 徘徊 不潔行為 異食行為 その他()									
		具体的な状態を記入して下さい ()									

お申込み、ありがとうございました。

この申込書を提出されたことで、利用が決定したわけではありません。 追ってご連絡致しますので、暫時お待ちください。

※(貴事業所で使用している情報シートやADL表及び所有している医療情報書類がございましたら、併せてご提出お願いします)