

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 事業所名 | | 担当者 | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |

| | | | |
|-------|------|------|------------------|
| ご利用者様 | | | |
| 氏名 | ふりがな | 男・女 | 生年月日 T・S 年 月 日 歳 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |

| | | | |
|------|-------------------|--------|---------------------|
| 介護保険 | 要介護 1・2・3・4・5 | 要支援1・2 | 申請中・更新中(審査会予定日 月 日) |
| 有効期限 | R 年 月 日 ~ R 年 月 日 | 負担割合 | 1割・2割 |

| | | | |
|-------|----------------------|--------|--------------|
| 緊急連絡先 | ※キーパーソンの方には○をお願いします。 | | <家族構成> 独居・同居 |
| ① 氏名 | ふりがな | 続柄 () | |
| 住所 | 電話番号 | | |
| ② 氏名 | ふりがな | 続柄 () | |
| 住所 | 電話番号 | | ペット 有・無() |

| | |
|---|--|
| 心身に関する情報 | |
| <input type="checkbox"/> 身長=_____cm 体重=_____kg BMI_____ (過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少) <input type="checkbox"/> バイタル <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> 徐脈 <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位_____) 利き腕(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他(部位_____) 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> その他疾患 (部位:_____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----|----|-----|-----|------|------|----|----|----|
| (1)日常生活の自立度について | | | | | | | | | |
| ・障害高齢者の日常生活自立度 | 自立 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |
| ・認知症高齢者の日常生活自立度 | 自立 | I | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | V | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| (3)認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てチェック) | |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他() |

| | |
|----------------------------|--|
| (4)その他の精神・神経症状 | |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 症状名: _____ 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 |

| | |
|----------|---|
| 傷病に関する情報 | |
| 主治医 | 医療機関 |
| ①最終診察日 | H・S 年 月 日 |
| ②他科受診の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他() |

| | | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------|----------|--------|--|
| (1)現在受診中の病名 | | | | | |
| (2)既往歴 | | | | | |
| (7)服薬について | | ※お薬手帳もしくはお薬の説明書の添付をお願い致します | | | |
| 服薬 | | □有(インシュリン注射・自己管理・昼食前後薬) □無 | | | |
| 生活機能とサービスについての情報 | | | | | |
| 歩行 | 自立・一部介助・全介助 | 杖・歩行器・車椅子・その他 | | | |
| 屋外歩行 | 自立・介助があればしている・していない | | | | |
| 車イスの使用 | 用いていない・主に自分で操作している・主に他人が操作している | | | | |
| 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) | 用いていない・屋外で使用・屋内で使用 | | | | |
| 排泄 | 自立・一部介助・全介助 | 普通のパンツ・リハビリパンツ・オムツ | 尿意 | あり・なし | |
| 意思疎通 | 可・不可 | 認知症 | あり・なし | | |
| 食事 | 自立・一部介助・全介助 | 箸・スプーン・フォーク・その他 | | | |
| 義歯 | あり(上・下・一部)・なし | | | | |
| 栄養状態 | 良好・不良 | 栄養・食生活上の留意点() | | | |
| アレルギー | あり()・なし | 感染症 | あり()・なし | | |
| 入浴 | 自立・一部介助・全介助 | 一般浴・チェア浴・シャワー浴 | | | |
| その他 | | | | | |
| 退院日 | 年 | 月 | 日 | 生活保護利用 | |
| | | | | あり・なし | |
| リハビリに関する情報 | | | | | |
| リハビリ目標・希望 | PT | ST | OT | | |
| <input type="checkbox"/> 長期臥床等において褥瘡・拘縮予防が必要 <input type="checkbox"/> 基本動作(寝返り・起き上がり・立ち上がり)能力の向上(介護指導も含む) <input type="checkbox"/> 日常生活動作(食事・移動・整容・トイレ・入浴・歩行・階段昇降・更衣等)能力の向上 <input type="checkbox"/> 在宅改修が必要(手すり・段差・トイレ・浴室改修の提案等) <input type="checkbox"/> 介護用具が必要(補助装具・自助具の選択・指導・調整) <input type="checkbox"/> コミュニケーション(発語・理解等)能力の向上 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の向上 <input type="checkbox"/> その他 ご希望があればご記入ください | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------|---------------------------------|-----|----|---|-----|---|---------|
| 見学 | 希望あり・希望なし | 希望日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 開始希望日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | () | | |
| 利用希望日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 曜日の希望なし |
| 半日・一日 | | | | | | | 週 回希望 |
| 他サービス利用状況 | ◎訪問看護 ○訪問介護 △訪問入浴 □通所介護 ◇その他() | | | | | | |
| | ※表に対応の記号をご記入ください | | | | | | |
| 住宅改修 | あり・なし 福祉用具 購入・レンタル() | | | | | | |
| 送迎について | 車イス対応 あり・なし | | | | | | |
| 入浴について | あり(一般浴・機械浴)・なし | | | | | | |

| | |
|--|--|
| 特記すべき事項 | |
| 通所リハビリテーションを利用する上で上記の項目に無い特記事項をご記入ください | |
| | |

| | |
|--|--|
| 個人情報の取り扱いについて | |
| <ul style="list-style-type: none"> ご記入いただいた個人情報は「埼玉回生病院・通所リハビリテーション」の申し込みに係わる判定会等の目的以外には使用致しません。 ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏らすことはございません。 | |

医療法人社団 協友会 埼玉回生病院・通所リハビリテーション 担当：高井 塚本 小熊
 事業所番号：111000231 電話番号：048-953-9626(直通) FAX番号：048-911-1046