

訪問リハビリテーション申込書

介護老人保健施設 西美濃さくら苑 様

令和 年 月 日

介護老人保健施設 西美濃さくら苑に利用の申込をします。

利用希望者	氏名	フリガナ		男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生	歳	
	住所	〒								
	要介護度	申請中		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5				
	認定期間	令和 年 月 日				～	令和 年 月 日			
	医療機関名					主治医				
	居宅介護支援事業所名					担当ケアマネ				
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 主な介護者 () <input type="checkbox"/> 入院中 病院名 () 入院または入所日 <input type="checkbox"/> 入所中 施設名 () 年 月 日～								
申込者	氏名				年齢	歳		利用者との関係		
	住所	〒								
		自宅電話 ()	-		勤務先名					
	携帯 ()	-		勤務先電話 ()	-					
家族状況 (申込者除く)	利用者と同居の家族氏名	年齢	続柄	職業	同居以外の親族	年齢	続柄	居住地		
理由	<input type="checkbox"/> リハビリをして欲しい <input type="checkbox"/> その他 ()									
	1週間の利用回数 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> その他 () 希望する曜日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 何曜日でもよい その他 ()									
希望者の心身状況	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で歩くことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや不自由 (つたい歩き ・ 杖 ・ 手押車 ・ 歩行器) <input type="checkbox"/> 不自由 車椅子 (操作可・操作不可)									
	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で食事をする が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 自分でトイレに行く ことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない <input checked="" type="checkbox"/> お風呂に入る ことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない <input checked="" type="checkbox"/> 認知症のある場合 (認知の症状でまわりの人が困っていること) <input type="checkbox"/> (昼・夜)徘徊がある <input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()									