

明生園通所リハビリテーション申込用紙

受付年月日 年 月 日

〔通所者〕氏名 _____ (男・女) 生年月日(M・T・S) 年 月 日生 (歳)

〔住所〕 _____ 電話 _____

- 介護保険被保険者証 (認定) 【介護度】: 要支援1・要支援2・1・2・3・4・5
身体障害者手帳 (有・無) 【障害高齢者の日常生活自立度】: J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
生活保護 (有・無) 【認知症高齢者の日常生活自立度】: 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

〔通所者の状態〕

- 1 既往歴 (発症日及び疾患名) _____
2 個別リハビリ: 希望 希望していない
3 個別リハビリ希望者: 本人 家族 ケアマネージャー
4 リハビリの経過: あり ※リハビリの内容 _____
なし
5 リハビリでの注意点: あり _____
なし
6 移動: 自立 (杖・歩行器・W/C) 見守り 一部介助 全介助
7 車の乗り降り: 自立 一部介助 車椅子にて全介助
8 座位保持: 出来る 自分の手で支えれば出来る 支えてもらえば出来る 出来ない
9 立位保持: 支えなしで出来る 何かにつかまれば出来る 出来ない
10 食事: 自立 一部介助 全介助 経管栄養
11 排尿: 自立 尿失禁でオムツ使用 介助でトイレ利用 その他 () ※1日 ___ 回
12 排便: 自立 便失禁でオムツ使用 介助でトイレ利用 その他 () ※ ___ 日 1 回
13 着脱: 自立 一部介助 全介助
14 入浴: 自立 一部介助 全介助 (一般浴・機械浴)
15 自宅入浴: 入浴していない 入浴している
16 問題行動: ない ある ()
17 機能障害: 右片まひ 左片まひ 四肢まひ 失語症 嚥下障害 視力障害 聴力障害
18 コミュニケーション: 問題ない 日常生活程度は可能 YES・NO程度 全く通じない
19 睡眠状態: 良眠 夜間不眠ある (眠剤服用されている 眠剤服用されていない)
20 嫌いな食べ物: ない ある ()
21 食物アレルギー: ない ある ()
22 感染症: ない ある ()
23 薬物アレルギー: ない ある ()
24 内服薬: ない ある (管理者 _____)

※保護者 氏名 _____ (男・女) _____ 歳

※住所 _____ ※電話番号 _____

※通所者との関係 _____

※緊急連絡先 電話番号 _____ 場所 _____