

利 用 申 込 書

令和 年 月 日

井原第一クリニック院長殿

井原第一クリニック通所リハビリテーションの利用を申し込みます。

利 用 者	ふりがな 氏名		男 女	生年 月日	明治 大正 昭和 年 月 日	
	住所	電話番号				
キーパーソン	様	続柄	電話番号			
主医療機関				居宅事業所名		
主治医						
退院(所)日				ケアマネージャー		
傷病名				紹介目的		
要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	経過的			
心 身 の 状 況	屋内移動	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖(手すり) <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()				
	屋外移動	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()				
	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介所 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> むせ(有 無) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン				
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介所 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ 尿意(有 無) 便意(有 無)				
	整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介所 <input type="checkbox"/> 全介助				
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介所 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介所 <input type="checkbox"/> 全介助				
	家 事	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加 役割() () ()				
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 失語症(理解 表出) <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他 () ()					
ADL上困難な動作で、改善したい・介助方法がわからないなどがあれば記入してください。						
外出(頻度・行先など)						
通所リハビリに対する希望 本人： 家族： 本人の目標：						
サービスの希望内容						
希望曜日	月	火	水	木	金	開始日 年 月 日()
送迎	有 無	サービス利用目的				
入浴	有 無					
個別リハ	有 無					

診療情報提供書

令和 年 月 日

井原第一クリニック 医師 宮口 直之 宛

井原市高屋町127-1

TEL (0866) 67-0386

医療機関 住 所 T E L			主治医 氏 名	④
利用者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日
傷病名（生活機能の低下となった傷病名等）		紹介目的		
既往歴及び家族歴				
症状経過、検査及び治療経過				
現在の処方				
要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）：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 M				
日常生活（ADL）の状況				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
通所リハビリテーション				
具体的指示				
<input type="checkbox"/> 自宅ADLの確認		<input type="checkbox"/> 介護負担軽減への関わり		
<input type="checkbox"/> 退院後の危険性の確認		<input type="checkbox"/> 嚥下障害に対する関わり		
<input type="checkbox"/> 身体機能維持・向上		<input type="checkbox"/> コミュニケーション障害に対する関わり		
<input type="checkbox"/> 生活障害への関わり				
本人及び家族の要望				
現状の問題点・課題（今後予想されるリスク）				