

愛の泉恩多クリニック 通所リハビリ新規申込書

記入日 年 月 日

現状 在宅 入院中(退院予定日 年 月 日) 通所リハビリ希望開始日 年 月 日

リハビリ希望曜日・時間 月 火 水 木 金 土 AM PM 入浴希望 有・無

事業所情報

事業所名	住所(事業所番号)
担当ケアマネージャー(登録番号)	TEL — —
	FAX — —

利用者情報

氏名(フリガナ)	性別	生年月日
殿	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

介護度 (要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5 申請中

身体障害者手帳 (有・無) () 種 () 級

特定疾患の認定 (有・無) 重度の認定 (有・無)

自宅住所	緊急連絡先
TEL — —	() 様 TEL — —

かかりつけの医療機関・主治医(主に月1回程度、もしくは受診されている医院をお書き下さい)

愛の泉診療所 愛の泉恩多クリニック それ以外の医療機関(下記に記入お願いします)

施設名	科	医師
※フルネームでお願いします		
住所	TEL — —	

病名・現病歴	家族構成	活動状況
		<input type="checkbox"/> 日中臥床 <input type="checkbox"/> 要監視 <input type="checkbox"/> ADL要介助 <input type="checkbox"/> ADL一部介助 <input type="checkbox"/> 外出(可・不可)
	※キーパーソン()	

内服薬	通所リハビリを希望する動機・きっかけ

ご家族またはケアマネージャー様の希望

- | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 寝返り訓練 | <input type="checkbox"/> 筋力強化訓練 | <input type="checkbox"/> 家族への介助指導・相談 |
| <input type="checkbox"/> 起き上がり訓練 | <input type="checkbox"/> ADL訓練(入浴・トイレ・更衣) | <input type="checkbox"/> 趣味活動・社会参加 |
| <input type="checkbox"/> 立ち上がり訓練 | <input type="checkbox"/> 家庭でできる運動 | モチベーションの向上 |
| <input type="checkbox"/> 座位保持訓練 | <input type="checkbox"/> 転倒予防指導 | <input type="checkbox"/> 生活指導 |
| <input type="checkbox"/> 歩行訓練 | <input type="checkbox"/> 拘縮予防 | <input type="checkbox"/> 補助具・福祉用具の選定 |

現在または今後ご利用のサービスについて

サービス	サービス事業所名	利用の曜日
<input type="checkbox"/> 訪問介護		月・火・水・木・金・土
<input type="checkbox"/> 訪問看護		月・火・水・木・金・土
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ		月・火・水・木・金・土
<input type="checkbox"/> 通所介護		月・火・水・木・金・土
<input type="checkbox"/> ショートステイ		月・火・水・木・金・土
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		月・火・水・木・金・土