

たむら整形外科 通所リハビリ申込書

記入日 H 年 月 日

事業者情報		
事業者名	事業者住所	
	〒	
担当ケアマネージャー	事業者番号	
	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
介護保険番号	認定日 年 月 日	有効期限 ~ 年 月 日
身体障害者手帳(有・無)	()種	()級
特定疾患 (有・無)	重度の認定(有・無)	
自宅住所	緊急連絡先	
〒	氏名 続柄()	
	住所 〒	
TEL	TEL	
かかりつけ医療機関・主治医		
施設名		医師
住所 _____		
TEL _____		
現病歴・既往歴	家族構成	活動状況
		<input type="checkbox"/> 日中臥床 <input type="checkbox"/> 要見守り <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	
リハビリ内容への希望(ご本人・家族様・CM様)		
<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> 筋力強化	<input type="checkbox"/> 趣味・社会参加へのモチベーション向上
<input type="checkbox"/> 起き上がり	<input type="checkbox"/> ADL訓練(入浴・トイレ・更衣)	<input type="checkbox"/> 生活指導
<input type="checkbox"/> 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 家庭でできる運動	<input type="checkbox"/> 補助具・福祉用具の選択 (部位・場所)
<input type="checkbox"/> 座位保持	<input type="checkbox"/> 転倒予防指導	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 家族への介助指導	
<input type="checkbox"/> 拘縮予防		
現在ご利用のサービス		
サービス	事業者名	利用曜日
<input type="checkbox"/> 訪問介護		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問看護		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> ショートステイ		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		月・火・水・木・金・土・日

退院予定日 年 月 日 通所リハビリ希望開始日 年 月 日