

(通所リハ・ 訪問リハ) 利用申込書

渡辺病院 リハビリテーション科 行き

FAX:0867-72-5486

※基本情報などの書類も提出する場合は重複している部分の記載不要

申込者	名前		ご関係		連絡先	
ふりがな			生年月日	明・大・昭・平	性別	男・女
利用者名				年 月 日(歳)		
住所			送迎希望 (通所)	<input type="checkbox"/> 送迎必須 <input type="checkbox"/> 可能なら <input type="checkbox"/> 自己で来所可能		
TEL			要介護 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> あり 要支:1・2 要介:1・2・3・4・5	希望回数	<input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2回 <input type="checkbox"/> 週3回	
				希望日	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土	
				希望時間	<input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> ()	
ケアマネ	担当者		希望期間	<input type="checkbox"/> 3か月未満 <input type="checkbox"/> 3~6か月 <input type="checkbox"/> 6か月以上 <input type="checkbox"/> 不明		
	事業所		その他 希望	<input type="checkbox"/> 嚥下・肺炎予防のリハビリ <input type="checkbox"/> 低栄養の指導		
	TEL			<input type="checkbox"/> リハビリテーション会議の開催(要介護のみ)		
サービスを希望する理由 期間・目標						
主病名			病歴			
かかりつけ医						
食事	<input type="checkbox"/> 3食しっかり食べている <input type="checkbox"/> 3食食べているがムラがある <input type="checkbox"/> 1日2食(朝・昼・晩) <input type="checkbox"/> 不規則					
嚥下	<input type="checkbox"/> むせることがある(飲み込みが不安) <input type="checkbox"/> 水分にトロミを使っている <input type="checkbox"/> 食事の形を工夫している					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 (トイレ・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 介助 (おむつ・ポータブルトイレ・尿器・カテーテル・ストマ)					
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
移動	<input type="checkbox"/> 自立 (独歩・杖・歩行器・車椅子) <input type="checkbox"/> 見守り (独歩・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車いす介助					
車の運転	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない					
認知機能	理解: <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 一部通じる <input type="checkbox"/> 通じない			意思の伝達: <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 一部困難 <input type="checkbox"/> 困難		
	理由: <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> その他()					
精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定()					
その他						

①ご記入いただいた個人情報は「通所・訪問リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用いたしません。②ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。