

# 訪問リハビリテーション申込書

令和     年     月     日

利用者氏名	(よみがな)			
利用者住所	〒             )			
利用者TEL	—                                                                     —			
生年月日	明治・大正・昭和	年     月     日	性別     男・女	
緊急時連絡先 TEL			氏名	
			続柄	
介護認定	要支援( 1・2 )	要介護( 1・2・3・4・5 )		
事業所名		ケアマネージャー		
主病名		発症日	.	

既往歴						
	現在の状況	在宅療養中	主たる介護者			
			医療機関名		主治医	
			退院・退所日			
入院・入所中	病院・施設	医療機関名			主治医	
		退院日 ・ 退所予定日				
家族構成	続柄	氏名	/	続柄	氏名	
同居者			関係者			

- どのような目的でご利用を希望されますか？以下の項目にチェックして下さい。**
- 長期臥床等において褥瘡・拘縮予防が必要
  - 基本動作(寝返り、起き上がり、立ち上がり)が困難(介助指導も含む)
  - 日常生活が困難(食事、移動、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、更衣等)
  - 在宅改修が必要(手すり、段差、トイレ・浴室改修の提案等)
  - 介護用品が必要(補助器具、自助具の選択、指導・調整)
  - コミュニケーションが困難(発語、理解等)
  - 摂食・嚥下が困難

※基本的には通院が困難な方が受けることができます。  
またマッサージ目的での利用はできませんのでご了承下さい。  
不明な点、チェック表においても該当しない場合も必要と考えられる際にはTEL・FAXにて連絡してください。  
横山医院 訪問リハビリテーション部    TEL 045-331-3296    FAX 045-331-3394

横山医院 訪問リハビリテーション部

様 ( 歳 )

日常生活動作記録

起居動作	寝返り	自立	半介助	介助	手すり ( 使用 ・ 不使用 )	
	起き上がり	自立	半介助	介助	手すり ( 使用 ・ 不使用 )	
	座位	自立	半介助	介助	手すり ( 使用 ・ 不使用 ) 背もたれ ( 使用 ・ 不使用 )	
	立ち上がり	自立	半介助	介助	手すり ( 使用 ・ 不使用 )	
	移乗	自立	半介助	要介助		
日常生活動作	移動(屋内)	歩行	半介助	介助	杖歩行 歩行器 つたい歩き 車椅子	
	移動(屋外)	歩行	半介助	介助	杖歩行 歩行器 つたい歩き 車椅子	
	食事	自立 ( 箸 ・ スプーン )	半介助	全介助		
	更衣	自立	半介助	要介助		
	入浴	自立入浴	半介助	特浴 ( 寝たきり ・ 座ったまま )		
	トイレ	自立	半介助	全介助	尿意 ( ある ・ ない )	
	整容	自立	半介助	介助		
その他	家事	自立	短時間ならできる	できない		
	視力	普通	見えない時がある	見えない	眼鏡 ( 使用 ・ ない )	
	コミュニケーション	できる	できない	( 理解 ・ 表出 )		
	床ずれ	ない	ある	部位 ( )	ポケット ( ある ・ ない )	
	認知症	ない	ある	程度 ( )		
	本人の希望					
	家族の希望					
	他サービス 利用状況					
	減免サービ スの有無					
	備考	(リハビリの曜日・回数の希望等記入して下さい)				