



石井クリニック 訪問リハビリ新規申込書

記入日 年 月 日

事業所情報		
事業所名	事業所住所	
担当ケアマネージャー	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)		
施設名	科	医師
		※フルネームをお願いします
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)
内服薬	※キーパーソン() 訪問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"/> 起き上がり訓練 <input type="checkbox"/> 立ち上がり訓練 <input type="checkbox"/> 座位保持訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練(入浴・トイレ・更衣) <input type="checkbox"/> 家庭ですでできる運動 <input type="checkbox"/> 転倒予防指導 <input type="checkbox"/> 拘縮予防	<input type="checkbox"/> 家族への介助指導・相談 <input type="checkbox"/> 趣味活動・社会参加 モチベーションの向上 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> 補助具・福祉用具の選定 (部位・場所)
現在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
<input type="checkbox"/> 訪問看護		月・火・水・木・金
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ		月・火・水・木・金
<input type="checkbox"/> ショートステイ		月・火・水・木・金
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		月・火・水・木・金
退院予定日 年 月 日 訪問リハビリ希望開始日 年 月 日		