利用申込書（ご本人・ご家族記載分）

記入日　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　介護老人保健施設　リハ・神戸

|  |
| --- |
|  フ　リ　ガ　ナ　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　男・女　　明・大・昭　　　　年　　月　　日　　　歳 |
| 　　〒　　　　－　　　　　　　 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　）　　　－ |
| 　１．入所　　（入所希望日　　年　　月　初旬・中旬・下旬）（希望部屋　(□4人部屋・□個室)）　　　＊短期集中リハビリテーション(対象の場合)　　　　□希望する　□希望しない　　　＊認知症短期集中リハビリテーション(対象の場合)　□希望する　□希望しない　２．短期入所（希望期間　　月　　日～　　月　　日）（　　　日間）（希望部屋　(□4人部屋・□個室)）　３．通所リハビリテーション（希望曜日　　月・火・水・木・金）／　送迎希望（　有・無　）　　 |
| 　利用者と同居されている方、もしくは、主に介護されている方についてご記入下さい。 |
| 氏　　　　　名 | 性別 | 年齢 | 続柄 | 住　　　所 |
| フリガナ |  |  |  | 〒　　ＴＥＬ（　　　　）　　　　－　ＴＥＬ（　　　　）　　　　－ |
| 　要介護度 | 要支援・要介護（１・２・３・４・５・申請中・見直し中） |
| 　介護認定の有効期間　　　　 | 　　 年　　 月　　 日　～　　　　　 年　　 月　　 日 |
| 紹介居宅介護支援事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（ 　）　　 －　　　　　　　　 |
| 　介護支援専門員（ケアマネジャー）氏名 |
| 現在の状況 | １．入院中　　（　　　　　　　　 　　　　病医院　令和　　　年　　月　　日より入院中） |
| ２．施設入所中（施設名　　　　　　　　　 　　　　令和　　　年　　月　　日より入所中） |
| ３．自宅 |
| 　かかりつけ医　無・有（病医院名　　　　　　　　　　　　病院・医院　　　　　科　　　　医師） |
| 　　退所後の予定1. 自宅へ帰る
2. 施設入所希望
3. 未定
 | 現在、利用中のサービスに○印をつけてください。 |
| 　（　　）ホームヘルプサービス　　　週　　回利用中 |
| 　（　　）デイケア・デイサービス　　週　　回利用中 |
| 　（　　）短期入所（） |
| 　（　　）その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 　病歴（今までに大きな病気、手術等がありましたらご記入下さい。また、現在かかっている病気も併せてご記入下さい。） | 家　族　状　況 |
| 氏　　名 | 性別 | 年齢 | 続柄 | 住まい | 連絡先(℡) |
|  |  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |
|  |  |  |  | 同・別 |  |

|  |
| --- |
| 　日常生活動作（当てはまるものに○印をつけてください。） |
| 　　　食事　　（一般食・糖尿食・きざみ食・その他（　　　　　　　））を　　　　　　 　　　　（箸・ｽﾌﾟｰﾝ）にて（自立・一部介助・全介助） | 経管栄養内容(　　　　　) |
| 　　 排泄　　　トイレ・（ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙﾄｲﾚ･尿器）にて（自立・一部介助・全介助） | おむつ使用中　（24時間・夜間） |
| 移動　　（つえ・歩行器・車いす） にて（自立・一部介助・全介助）　　　　　　 | つたい歩き 　　　　　　　ｍ位 |
| 　　　活動性　　寝たきり・寝返り可能・座位可能・起立可能 | ﾅｰｽｺｰﾙ(押せる・押せない) |
| 　　　着替え　（自立・一部介助･全介助） |  |
| 入浴　　（自立・一部介助･全介助） |  |
| 　　身体等の状況（身長・体重はご記入を、それ以降の項目は当てはまるものに○をつけてください。） |
| 　 身長　　　　　ｃｍ　　　体重　　　　　　㎏（令和　　　年　　　月　　日現在） |
| 麻痺　　　　　無・有　(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他（　　　　　　　　　　）) |
| 　　　感染症　　　　無・有（Ｂ型肝炎・Ｃ型肝炎・疥癬・MRSA・その他（　　　　　　　　　）） |
| 　　　　 医療装具　　　無・有（留置ｶﾃｰﾃﾙ・経管栄養ﾁｭｰﾌﾞ・その他（　　　　　　　　　　　　　）） |
| 　医療処置　　　人工肛門　　　　無・有ｲﾝｼｭﾘﾝ注射　　　無・有（1日　　　　回／朝・昼・夕）褥瘡（床ずれ）　無・有（部位　　　　　　・大きさ　　　　ｃｍ×　　　　ｃｍ） |
| 　 歯の状態　　　自分の歯　　一部義歯（　　　　　　　　　）　　総義歯　 |
| 　　　歯科医　　　　通院していない　　通院中（歯科医名　　　　　　　　　　　 　 　　） |
| 　コミュニケーション（意志伝達）（当てはまるものに○をつけてください。） |
| １．自分で話し、伝える事ができる。　 ２．理解できるが、伝えることができない。 　　日頃の対処方法　 　　　　　（書字・手話（手まね）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）） ３．理解できず、伝える事もできない。 |
|  当施設利用希望の目的を具体的にご記入下さい。 |
|  |
|  | 記入者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（通所リハ専用）

|  |
| --- |
| 　　自宅近隣図（目印になるようなものをお書き下さい） |