

リハビリデイラーバン ・ 訪問利用申し込み

担当事業所 TEL		担当ケアマネージャー FAX		障害高齢者の日常生活自立度： 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度：自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M			
氏名 男・女 M.T.S 年 月 日 歳		活動・A D L	運動麻痺：無・有（右上肢・右下肢・左上肢・左下肢） 移動：独歩・杖・歩行器・車椅子（自立・見守り・要介助） 装具使用（有・無） 食事：自立・部分介助・全介助 排泄：自立・部分介助（移乗・下着の着脱・後処理）・全介助 整容：自立・声かけ・部分介助・全介助 歯みがき（自立・介助・確認）				
住所 電話 ()			食事	食事制限・治療食：無・有 () 禁止食品、食品アレルギー：無・有 () 摂取方法：経口・経管栄養 () えん下障害：無・有			
介護保険認定 無・有 () 介護度（要介護・要支援）				排泄	オムツ、パットの使用 有 ・ 無 排尿： 回/日（夜間 回） 失禁（無・時々・有）誘導（要・不要） カテーテル留置・自己導尿（自立・介助） 排便： 回/ () 日 便失禁（無・時々・有） 下剤の使用 無・有（錠剤・座薬・浣腸・水薬）		
現病歴：（発症日・入退院・病院名・特筆すべき症状や治療）		入浴	自宅・訪問入浴サービス・ショート・デイサービス・当院希望				
退院日 ()			皮膚	じよく創：無・有 (いつから 部位) 処置 () 湿疹・掻み：無・有 (いつから 部位) 外傷・アザ等：無・有 (いつから 部位)			
主治医 病院 医師		コミュニケーション		言語障害：無・有（人の話していることは理解できる ・できない 理解できるが言葉が出ない・筆談・その他） 認知症：無・有 問題行動：無・有（徘徊・不穏・夜間せん妄・幻覚幻聴・被害妄想・暴言暴力・性的行為・その他）			
家族構成 キーパーソン： ()				高次脳機能障害 無 ・ 有			
氏名 年齢 続柄 健康 職業							
希望利用日 月・火・水・木・金・土 希望利用回数 (回)							
家屋状況	集合住宅 (階、エレベーター 有・無) 階段段差 有・無		希望利用日 月・火・水・木・金・土 希望利用回数 (回)				
	一戸建て 玄関～送迎者までの段差 有・無						
他の利用サービス 施設名 利用曜日		その他 特記事項					