

通所リハビリテーション利用者情報書

記入日： 令和 年 月 日

記入者名： (ご本人との関係：)

ふりがな 利用者氏名	性別		生年月日		
	男・女		大・昭 年 月 日		
住所	〒 -				
電話番号	自宅 ()		携帯電話 ()		
緊急連絡先	氏名： ()		氏名： ()		
現病歴 ・ 既往歴	持参薬： 有・無				
医療ケア	インスリン(自己注射：可・不可)・酸素療法・経管栄養・吸引・人工肛門				
	ペースメーカー・人工透析・尿管カテーテル(留置・導尿)・その他()				
かかりつけ医	病院名：		電話番号： ()		
	主治医 先生 (科)				
	病院名：		電話番号： ()		
	主治医 先生 (科)				
主治医意見書で通所リハビリの利用にチェック： 有・無			主治医より運動許可： 有・無		
介護区分			負担割合		生活保護
要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		1・2・3 割	有・無
居宅介護 支援事業所	担当ケアマネージャー：				
ご利用希望	1. 2時間コース 10:00 ~ 12:05 / 14:10 ~ 16:15 ※午前・午後いずれかをお選び下さい				
	2. 4時間コース 10:30 ~ 14:35				
	3. 6時間コース 9:30 ~ 15:35 ※時間はサービス提供時間になります				
	曜日： 月・火・水・木・金・土 ※2時間コースは土曜日 午前中のみになります				
	送迎： 有・無		入浴： 有・無 (介護認定1~5のみ)		開始希望日： 月 日
ご利用目的 (必ずご記入ください)	筋力増強・歩行能力向上・上肢機能改善・言語 嚥下訓練 そのほか：				

※ 曜日や開始日等について 状況に合わせて調整させていただき、ご希望に添えない場合がございます。予めご了承下さい。

日常生活の状況について、当てはまるものを○で囲って下さい。

食事	主食	米飯・お粥・ミキサー(ペースト)・重湯
	副食	普通・一口大・刻み・ミキサー
	摂取	自立(箸・スプーン・フォーク)・一部介助・全介助
	嚥下機能	咽せなく食べられる・たまに咽せる・よく咽せる
	制限食	有・無() アレルギー:有・無()
口腔	状態	自歯・部分入れ歯(上・下)・総入れ歯・自歯義歯ともに無し
	歯磨き	自立・一部介助・全介助
排泄	動作	自立・一部介助・全介助
	場所	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・その他()
	使用物	日中・夜間・常時
		オムツ・リハビリパンツ・パット・その他
その他	尿意(有・無)・便意(有・無)・失敗(有・無) 排便状況(回/ 日)・下剤の使用(有・無)	
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	
入浴	形態	普通浴・シャワー浴・清拭・訪問入浴
	動作	自立・見守り・一部介助・全介助
起居動作	寝返り	自立・掴まれば出来る・一部介助・全介助
	起き上がり	自立・掴まれば出来る・一部介助・全介助
	座位	自立・背もたれ必要・一部介助・全介助
	立位	自立・掴まれば出来る・一部介助・全介助
移動	屋内歩行	独歩・伝い歩き・杖歩行・歩行器歩行・車椅子
	屋外	独歩・杖歩行・歩行器歩行・車椅子・公共機関利用可能
身体機能	視力	普通(年齢相応) 大きな字 ぼんやり 見えない(左・右) 全盲
		眼鏡使用(有・無) 常時・時々
	聴力	普通(年齢相応) 難聴(左・右)⇒(大きな声・耳元・補聴器)
	コミュニケーション	他者とよく会話できる・会話に介助がいる・ほとんど会話できない・筆談
	麻痺	有(右 上・下肢 / 左 上・下肢) その他()・無
	褥瘡	有()・無 皮膚疾患: 有()・無
	筋力低下	有・無 拘縮: 有(部位:)・無
認知機能	認知症	重度・軽度・無し
	問題行動	徘徊・易怒性・昼夜逆転 その他()
その他		
生活状況	日中の過ごし方: よく寝ている・よく座っている・よく外出する	
家屋状況	一戸建て 集合住宅(階) エレベーター: 有・無	
	住宅改修: 調整済・改修中・未調整 階段: 有・無	
	手すり: 有 場所()・無	
	段差: 有 場所()・無	
	寝室: 階 就寝: 布団・ベッド・介護用ベッド	

ご記入ありがとうございました 茅ヶ崎徳洲会病院通所リハビリテーション

<施設記入欄>

受付: 令和 年 月 日

ID: _____