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（　　歳）
住所	〒　　－		
電話番号	自宅　　（　　）　　携帯電話　　（　　）		
緊急連絡先 （日中連絡可能）	①氏名:　　（続柄　　）電話番号:		
	②氏名:　　（続柄　　）電話番号:		

介護区分	負担割合	被保険者番号
要支援 1 ・ 2　介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中	1 ・ 2 ・ 3　割	

保険者	認定期間	公費	負担者番号・受給者番号
市	年　月　日 ～　年　月　日	有　・　無 （原爆 ・ 生活保護 ）	

現病歴	持参薬:　有 ・ 無				
既往歴	年月日	病名	年月日	病名	備考
	年月日	病名	年月日	病名	備考
	高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 白内障 ・ 骨粗鬆症 ・ 不整脈 ・（　　）・（　　）・（　　）				
かかりつけ医	病院名:　　主治医:　　先生　電話　（　　）				
	病院名:　　主治医:　　先生　電話　（　　）				

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

ご利用希望	1.　2時間コース　9:30 ～ 11:35　/　13:30 ～ 15:35		※午前・午後いずれかをお選び下さい ※2時間コースは送迎ありません
	2.　4時間コース　10:30 ～ 14:35　/　3.　6時間コース　9:30 ～ 15:35		
	曜日 : 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土		※土曜日は、4・6時間コースのみになります
	送迎 : 有 ・ 無（2時間コースは無）	入浴 : 有 ・ 無（介護のみ）	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:		
居宅介護 支援事業所	担当者名:		
	電話番号:　（　　）　FAX:　（　　）		

※ 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。

リハマネ	短期集中	重度療養

日常生活の状況について、当てはまるものを〇で囲って下さい。

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	オムツ ・ リハビリパンツ ・ パット ・ その他 （日中 ・ 夜間 ・ 常時）
	そのほか	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（　　）
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	
	スメーカー ・ 人工透析 ・ 尿管カテーテル（ 留置 ・ 導尿 ） ・ その他（	
そのほか		
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：