

利用申込書（訪問リハビリテーション）

記入日： 令和 年 月 日

申込者氏名： 本人・家族（続柄： ）・その他（ ）

利用者	ふりがな	男 女	生年月日
	氏名		大正 年 月 日 歳 昭和
	住所（〒 - ）	電話番号	
要介護認定： 要支援（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2） 要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5） <input type="checkbox"/> 申請中			
緊急連絡先 1	氏名：（続柄： ）	電話(固定)	
	住所：	電話(携帯)	
緊急連絡先 2	氏名：（続柄： ）	電話(固定)	
	住所：	電話(携帯)	
居宅介護支援事業所： 担当ケアマネージャー： 電話：			
かかりつけ医療機関： 担当医： 電話：			
入院歴、施設利用歴			
病院、施設名：		利用期間： 年 月 日～ 年 月 日	
病院、施設名：		利用期間： 年 月 日～ 年 月 日	
病院、施設名：		利用期間： 年 月 日～ 年 月 日	
希望利用曜日（ご希望に沿えない場合があります） 月・火・水・木・金・土		訪問時間： 午後1時頃・午後2時頃	
申し込みの経緯、目標、ご希望、その他連絡事項		自宅周辺地図	

※ご不明な点は未記入で構いません。

診療情報提供書・施設利用情報提供書

医療法人 靖和会

飯能市東吾野医療介護センター

谷水 長丸先生 御机下

記入日： 令和 年 月 日

利用者 氏名	ふりがな	男 女	生年月日 大正 年 月 日 歳 昭和
現在の病名および治療状況（各疾患の発症時期、状態をご記入下さい）			
既往歴			
現在の処方・処置の内容			
心身の障害および異常がある場合はその内容			
身長： cm	体重： kg	血圧： / mmHg	脈拍 回/分
アレルギー：なし・あり（ ）			
麻痺：なし・あり（ ）		拘縮：なし・あり（ ）	
認知症の診断：なし・あり（アルツハイマー型・脳血管型・レビー小体型）			診断日：
胸部X線所見：なし・あり（ ）			
リハビリテーションを受ける際の留意点、負荷量、中止基準などあればご記入ください。			

※必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

※貴施設指定の書式でも構いません。

（医療機関の所在地および名称）

（電話番号）

医師氏名

印

訪問リハビリテーション指示書

ふりがな 氏名: _____ 様	生 年 月 日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	年 齡 歳	性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女														
要介護認定の状況 : 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)																		
自立度(寝たきり度) : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2																		
自立度(認知症度) : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M																		
疾患名:	合併症、既往歴:																	
急性発症日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日																		
現病歴:																		
リハビリテーションの目的: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上</td> <td><input type="checkbox"/> 疼痛の軽減</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歩行能力の維持・向上</td> <td><input type="checkbox"/> 活動量の維持・向上</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日常生活動作能力の維持・向上</td> <td><input type="checkbox"/> 認知症の予防・改善</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他(_____)</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上	<input type="checkbox"/> 疼痛の軽減	<input type="checkbox"/> 歩行能力の維持・向上	<input type="checkbox"/> 活動量の維持・向上	<input type="checkbox"/> 日常生活動作能力の維持・向上	<input type="checkbox"/> 認知症の予防・改善	<input type="checkbox"/> その他(_____)							
<input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上	<input type="checkbox"/> 疼痛の軽減																	
<input type="checkbox"/> 歩行能力の維持・向上	<input type="checkbox"/> 活動量の維持・向上																	
<input type="checkbox"/> 日常生活動作能力の維持・向上	<input type="checkbox"/> 認知症の予防・改善																	
<input type="checkbox"/> その他(_____)																		
リハビリ開始前又は実施中の留意事項:																		
リハビリ中止基準: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血圧200mmHg以上</td> <td><input type="checkbox"/> 安静時脈拍数120/分以上</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 著しい不整脈がある場合</td> <td><input type="checkbox"/> 安静時酸素飽和度(SpO2)90%以下</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胸痛がある場合</td> <td><input type="checkbox"/> その他(_____)</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 血圧200mmHg以上	<input type="checkbox"/> 安静時脈拍数120/分以上	<input type="checkbox"/> 著しい不整脈がある場合	<input type="checkbox"/> 安静時酸素飽和度(SpO2)90%以下	<input type="checkbox"/> 胸痛がある場合	<input type="checkbox"/> その他(_____)								
<input type="checkbox"/> 血圧200mmHg以上	<input type="checkbox"/> 安静時脈拍数120/分以上																	
<input type="checkbox"/> 著しい不整脈がある場合	<input type="checkbox"/> 安静時酸素飽和度(SpO2)90%以下																	
<input type="checkbox"/> 胸痛がある場合	<input type="checkbox"/> その他(_____)																	
リハビリ処方: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 関節可動域訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 上肢機能訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 筋力強化訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 起居動作訓練</td> <td><input type="checkbox"/> ホームプログラム指導</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 立ち上がり訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 家族への介助方法指導</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 移乗動作訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 環境調整</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歩行訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 住宅改修検討</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他:</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> 上肢機能訓練	<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練	<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練	<input type="checkbox"/> 起居動作訓練	<input type="checkbox"/> ホームプログラム指導	<input type="checkbox"/> 立ち上がり訓練	<input type="checkbox"/> 家族への介助方法指導	<input type="checkbox"/> 移乗動作訓練	<input type="checkbox"/> 環境調整	<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 住宅改修検討	<input type="checkbox"/> その他:	
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> 上肢機能訓練																	
<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練	<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練																	
<input type="checkbox"/> 起居動作訓練	<input type="checkbox"/> ホームプログラム指導																	
<input type="checkbox"/> 立ち上がり訓練	<input type="checkbox"/> 家族への介助方法指導																	
<input type="checkbox"/> 移乗動作訓練	<input type="checkbox"/> 環境調整																	
<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 住宅改修検討																	
<input type="checkbox"/> その他:																		

上記のとおり、リハビリテーションの実施を指示します。

情報提供の基礎となる直近の診療日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

リハビリテーション指示期間: _____ 医療機関:
 上記指示日より3ヶ月以内 住 所:

飯能市東吾野医療介護センター 電 話:
 谷水 長丸 殿 医師氏名: _____ 印

訪問リハビリテーションのご準備

初回時、更新時にご用意いただくもの

- 介護保険証
 - 介護保険負担割合証
 - お薬手帳またはお薬の説明書
- } コピーをとらせていただき、お返します。

※気をつけていただきたいこと

- 感染対策のため、マスクの常時着用をお願いします。
- 訪問時に検温を実施します。**37.5℃以上**の場合、ご利用ができません。
- 職員に対し、お茶、金品、野菜なども含め、お心づけを固くお断りします。

訪問リハビリテーションの実施

訪問は午後1～2時頃を目安としております。

1. 健康チェック(検温、血圧測定など)
2. 問診
3. 個別リハビリ(身体状況や生活状況に応じて訓練メニューを決め、実施します)
※時間は20分程度となります。
4. 終了、次回訪問日程の確認

通所リハビリテーションお休みの際は、こちらまでご連絡ください。

 **042-978-2000**

当日の午前10:00までにご連絡をお願いいたします。