

施設記入欄	受付日	見学日	実調日	診断書	開始日	確認印			備考
						医師	リハ	デイ	

介護老人保健施設 樹の丘 半日型 通所リハビリテーション利用申込書

年 月 日

利用者	フリガナ 氏 名 様	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳
	現住所 〒 電話 ()		
申込者	フリガナ 氏 名 様	利用者との関係	
	住所 〒	電話 ()	FAX () 携帯電話
介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 (要介護 1 ・ 要介護 2) 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日		
希望日	木 PM		
送迎	あり ・ なし (徒歩 ・ 公共交通機関 ・ その他)		
現在の状況	1. 自宅で生活 2. 施設入所 医療機関への受診 している ・ していない 医療機関名 () 病名 ()		
居宅介護支援事業所及び関係機関	事業所名 住所 電話 () FAX () フリガナ 担当者		

申込票①		フリガナ	様		記入日	年	月	日
		氏 名			記入者			
身体状況	麻痺・拘縮	1. 無 2. 有 ()						
	視力	1. 普通 2. やや悪い 3. 人や物の動きが分かる 4. ほとんど見えない 眼鏡 (有 ・ 無)						
	聴力	1. 普通 2. 大声で聴こえる 3. 耳元で大声で聴こえる 4. ほとんど聴こえない 補聴器 (使用 有／右、左 ・ 無)						
	発語	1. 普通 2. 聞き取り難い 3. 聞き取れない 4. ほとんど話せない						
	身長・体重	身長 () cm ・ 体重 () kg						
	特記事項							
基本動作	寝返り	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助						
	起き上がり	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助						
	立ち上がり	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助						
	立位保持	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助						
	座位保持	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助						
	特記事項							
日常生活基本動作及び介護状況	移乗	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助						
	歩行	1. 自立 2. (杖・歩行器使用) により可 3. つたい歩き・歩行介助 4. 車椅子使用 (自操・介助) 5. 不可						
		行動範囲 1. 単独外出 2. 家の周り 3. 屋内のみ						
	食事	1. 自立 (箸・スプーン) 2. 一部介助 () 3. 全介助						
		食事形態	主食 1. 常食 2. 半粥 3. 全粥 4. ミキサー 5. 流動食 副食 1. 常食 2. 軟菜 4. 刻み 5. みじん (超刻み) 6. ミキサー					
		水分	トロミ (有・無)					
		嫌いな物	無・有 ()					
		アレルギー・禁忌食	無・有 ()					
		カロリー制限など	無・有 ()					
	更衣	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助						
	入浴	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助						
		在宅での入浴	1. 一週間に なし・ 回 (入浴・シャワー浴・清拭) 2. 入浴サービス (一般・機械浴) 週 回					
	整容	1. 洗顔 (可・不可) 2. 身だしなみ (可・不可)						
	口腔	1. 歯磨き (可・不可) 2. うがい・口ゆすぎ (可・不可)						
		義歯	無・有 (上：総、部分 ・ 下：総、部分)					
かかりつけ歯科		無・有						
歯科治療		治療中・定期通院 (検診) ・不定期						
特記事項								

申込票②

フリガナ
氏 名

様

記入日 年 月 日
記入者

日常生活基本動作 及び 介護状況	排泄	日中	1. 自立 2. 一部介（ ） 3. 全介助
			1. トイレ 2. ポータブルトイレ 3. 尿器 4. Ba カテーテル 5. オムツなど使用（紙オムツ・リハパン・尿とりパッド）
			排尿回数 回 自助具（ ）
			尿意・便意（ 無・有・時々有 ） 失禁（ 無・有・時々有 ）
		夜間	1. 自立 2. 一部介助（ ） 3. 全介助
			1. トイレ 2. ポータブルトイレ 3. 尿器 4. Ba カテーテル 5. オムツなど使用（紙オムツ・リハパン・尿とりパッド）
			排尿回数 回 自助具（ ）
			尿意・便意（ 無・有・時々有 ） 失禁（ 無・有・時々有 ）
	排便	1. 毎日 2. 日おき 3. 不定期	
		下剤の使用（ 無・有 ）	
生活状況	一日の様子	・起床（ 時頃） → 朝食（ 時頃） → 昼食（ 時頃） → 夕食（ 時頃） → 就寝（ 時頃）	
		・日中はどのようにお過ごしでしょうか	
	生活リズム 1. 規則的 2. 不規則 3. 昼夜逆転		
	外出の機会 1. 無 2. 有（内容と頻度： ）		
	家事への参加 1. 無 2. 有（内容と頻度： ）		
認知	周辺症状があれば状態記入		
I A D L	意志の伝達 1. できる 2. 時々できる 3. できない		
	趣味・楽しみ 1. 無 2. 有（ ）		
特記事項			

申込票③

フリガナ
氏 名

様

記入日 年 月 日
記入者

身体状況	介護度：要介護 1・2・3・4・5 （要支援 1・2）
	有効期限： 年 月 日 ～ 年 月 日
	自立度：J・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知度：I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M
	認知症診断：有（診断名： 診断日： 年 月 日）・無
	身障手帳：有（ 級）・無
住宅状況	家屋状況：持ち家・借家 平屋・2階建・3階建・他、マンション（ 階）、アパート（ 階） エレベーター（有・無）
	同居家族：有・無
	玄関状況：階段などの段差（有 段・無）、手すり（有・無）
	本人の居室：戸建ての場合…1階・2階・他（ 階） 和室・洋間、ベッド・布団
	トイレ：和式・洋式、手すり（有・無）
サービス利用状況	浴室：有（使用 可・不可）・無
	※利用頻度・曜日を記入 ・往診（ ） ・訪問看護（ ） ・配食サービス（ ） ・入浴サービス（ ） ・通所リハ（ ） ・デイサービス（ ） ・その他（ ） ・福祉用具の貸与、給付： 有 ・無 福祉用具の内容（ ）

週間サービス利用表

日	月	火	水	木	金	土

ご本人の意向：

ご家族の意向：

その他、特記事項