

訪問リハビリテーション申込書

申込日： _____

事業所名 _____

担当者 _____

電話 _____

FAX _____

訪問リハビリを利用したいので、下記の通り申し込みます。

フリガナ

利用者氏名 _____

様 性別 (男・女)

生年月日 _____

年齢 歳

住所 〒 _____

電話 自宅
緊急連絡先

疾病名・障害名と現病歴
訪問リハビリを希望する動機またはきっかけ

介護保険 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 申請中
 特定疾患の認定 (有・無) 重度の認定 (有・無) 身体障害者手帳 種 級

かかりつけの医療機関 _____

(月に1回程度、往診もしくは受信されている医院・病院をお書きください)

主治医 _____ 科 _____ 医師 (受診)

(医師の名前はフルネームでお願いします)

住所 _____

電話 _____

希望する在宅訪問リハビリの内容を○で囲んでください。

- | | | |
|-------------------|----------------|------------|
| 1 手足を動かす練習 (拘縮予防) | 2 寝返り・起き上がりの練習 | 3 筋力強化練習 |
| 4 起き上がり練習 | 5 座る練習 | 6 立ち上がりの練習 |
| 7 認知機能の評価・練習 | 8 トイレ動作練習 | 9 入浴動作練習 |
| 10 衣類の着替え練習 | 11 家庭でできる体操の練習 | 12 呼吸機能練習 |
| 13 摂食・嚥下の練習 | 14 コミュニケーション練習 | 15 家事動作練習 |
| 16 日常生活動作練習 | 17 家族への介助指導・相談 | 18 生活指導 |
| 19 補助具・福祉用具の検討 | 20 家屋改修検討 | 21 歩行練習 |

現在ご利用中のサービスについて

	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						

【その他】