様式 3－1

訪問リハビリテーション利用申込書

《実際に利用される方について》　　申込日　　年　　月　　日

ふりがな		性別	明治　大正　昭和
本人氏名			年　月　日（　才）
現住所	〒	電話番号	

介護度	□ 要支援1　□ 要支援2　□ 要介護1　□ 要介護2　□ 要介護3　□ 要介護4　□ 要介護5		
居宅介護支援事業者	（担当　CM）	TEL FAX	
かかりつけ医	病院 医院　科　先生	TEL FAX	

《ご家族・相談者について》

ふりがな 相談者		続柄		年齢	
住所	〒	電話番号	（　）　－		
		携帯番号	（　）　－		
勤務先		電話番号	（　）　－		

連絡先	氏名	住所	続柄	電話番号
				（　）　－
				（　）　－
				（　）　－

《訪問リハビリテーションへの希望》

希望回数	週　回	希望時間	
希望曜日	□ 月　□ 火　□ 水　□ 木　□ 金　☒ 土	※現在、土曜の訪問は承っておりません	

利用に関してのご要望・ご意見をご記入ください

介護老人保健施設　兵庫みどり苑　訪問リハビリテーション

既 往 歴

今まで下記の病名と診断されたことはありますか？　あてはまるものに〇をつけて下さい。

高血圧　糖尿病　循環器疾患　腎臓病　骨折　膝関節症　呼吸器疾患　脳血管障害

腰痛症　床ずれ　水虫　疥癬　白内障　緑内障　難聴　消化器疾患

今までに大きな病気で入院をされた事はありますか？また、手術を受けたことがありますか？

☐ はい　☐ いいえ

病名（　　）病院名（　　）時期（　　）手術　有･無

病名（　　）病院名（　　）時期（　　）手術　有･無

病名（　　）病院名（　　）時期（　　）手術　有･無

病名（　　）病院名（　　）時期（　　）手術　有･無

現在の状況

☐ 入院中　：　病院名（　　）　病名（　　）（入院日　～　退院予定日）

☐ 施設入所中　：　施設名（　　）　入所日（　　）　退所予定日（　　）

☐ 自宅療養中　：　往診　／　通院　病院名（　　）　かかりつけ医（　　）

現在飲んでいる薬と、回数をご記入ください

家屋の状況

☐ 一戸建て　☐ マンション　☐ アパート　☐ 公営　／　☐ 持ち家　☐ 賃貸

階建て　階　エレベータ（有・無）　駐車場（有・無）　訪問時の使用（可・不可）

専用居室（有・無）　寝具（ベット・布団）　トイレ（洋式・和式）

社会資源

身体障害者手帳：無・申請中・有（　種　級　年　月　日交付）

障害名（　　）

利用しているサービスはありますか？

☐ ショートステイ　☐ デイサービス（ケア）　☐ 入浴サービス　☐ 訪問看護　☐ ヘルパー

☐ 配食サービス　☐ 日常生活用具の給付　☐ 訪問リハビリ

☐ 特別養護老人ホーム　☐ 介護老人保健施設　☐ 療養型病院　☐ グループホーム　☐ その他

生活状況

趣 味　：　以 前［　　］　現 在［　　］

性 格　：［　　］　以前の職業　：［　　］

身体状況

当てはまるものを〇で囲んでください

寝返り（自立・一部介助・全介助）

起き上り（自立・一部介助・全介助）

立ち上り（自立・一部介助・全介助）

立位保持（自立・一部介助・全介助）

移動（自立・一部介助・全介助）

（杖・歩行器・車椅子）

移乗（自立・一部介助・全介助）

移動（自立・一部介助・全介助）

入浴（自立・一部介助・全介助）

（自宅・ディサービス・訪問入浴）

更衣（上）（自立・一部介助・全介助）

更衣（下）（自立・一部介助・全介助）

食事（自立・一部介助・全介助）

水分量（問題なし・不足気味・脱水状態）

歯磨き（自立・一部介助・全介助）

トイレ（自立・一部介助・全介助）

（自宅トイレ・Pトイレ・オムツ）

整容（自立・一部介助・全介助）

その他