

横浜いずみ介護老人保健施設 通所リハビリテーション申込書① (ケアマネジャー様ご記入)

フェースシート 平成 年 月 日 記入者

被保険者番号											介護度		有効期限	H	~H
フリガナ											生年月日				
本人氏名											明・大・昭	年	月	日	歳
住所	〒										TEL				
希望サービス	短期集中リハビリ (要介護)・入浴加算 (要介護)					希望曜日					第1希望 月・火・水・木・金 第2希望 月・火・水・木・金				
居宅支援事業所	事業所名					担当者					TEL Fax				
	住所 〒														
事業者番号															
緊急時医療機関	医療機関名					医師名									
	住所 〒					TEL					Fax				
緊急連絡先	氏名					連絡先					家族構成 (同居者は線で囲む)				
第1連絡先	続柄 ()					〒 TEL									
第2連絡先	続柄 ()					〒 TEL									
第3連絡先	続柄 ()					〒 TEL									
【本人家族の状況等】															
.....															
.....															
.....															
.....															
身障手帳	有・無 種 級 障害名:														
助成等	生活保護 (担当:) 訪問介護者助成 公費その他														
病歴	病名					時期					医療機関				
感染症	有・無					運動障害 麻痺 有・無 (左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他)					硬縮 有・無 (肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・その他)				
皮膚状態	湿疹・褥瘡・発赤・浮腫・その他														
在宅医療機器															
住宅環境	一戸建て・集合住宅 (階) エレベーター 有・無 車を置くスペース 有・無 手すり、スロープ等														

横浜いずみ介護老人保健施設 通所リハビリテーション申込書② (ケアマネジャー様ご記入)

動作		ADL		備考
移動	屋内	自立・何かに掴まれば可能・一部介助・全介助・歩行器・車椅子 (自走・一部介助・全介助)		
	屋外	自立・何かに掴まれば可能・一部介助・全介助・歩行器・車椅子 (自走・一部介助・全介助)		
床上	座位	自立・何かに掴まれば可能・一部介助・全介助		
	移乗	自立・何かに掴まれば可能・一部介助・全介助		
	立位	自立・何かに掴まれば可能・一部介助・全介助		
体位交換		自立・何かに掴まれば可能・一部介助・全介助		
食事	摂取	自立・見守り (声掛けなど)・一部介助・全介助		
	嚥下	自立・見守り (声掛けなど)・やや悪い・全介助		
	調理方法	主食	常食・全粥	
		副食	常食・刻み・みじん・ソフト	
	食事制限	食事制限・カロリー・アレルギー等、または食べられないもの		
入れ歯	上・下・部分入れ歯			
排泄	排尿	自立・誘導 (声掛けなど)・一部介助・全介助		
	排便	自立・誘導 (声掛けなど)・一部介助・全介助		
	尿意	ある・ときどきある・ない		
	便意	ある・ときどきある・ない		
	排泄用具	オムツ・パット・ポータブル・尿器・カテーテル・その他・トイレ		
入浴	浴槽の出入り	自立・何かに掴まれば可能・一部介助・全介助・シャワー浴		
	洗身	自立・見守り (声掛けなど)・一部介助・全介助		
	自宅での入浴	自立・見守り (声掛けなど)・一部介助・全介助・自宅での入浴無し		
	着脱	自立・見守り (声掛けなど)・一部介助・全介助		
整容	整髪	自立・見守り (声掛けなど)・一部介助・全介助		
	歯磨き	自立・見守り (声掛けなど)・一部介助・全介助		
	爪きり	自立・見守り (声掛けなど)・一部介助・全介助		
	髭剃り	自立・見守り (声掛けなど)・一部介助・全介助		
睡眠状態		良い・まあまあ眠れる・よく眠れない		
視力		普通・やや悪い・大きいものなら見える・見えない		
聴力		普通・やや悪い・耳元で大声なら聞こえる・聞こえない		
言語		普通・やや悪い・やとと他人に通じる・話せない		
意思疎通		普通・ときどきできる・ほとんどできない・できない		
了解度		普通・ときどきできる・ほとんどできない・できない		
認知症		有り・なし (具体的内容)		
内服薬	朝			
	昼			
	夜			
薬の管理		自己管理 可 ・ 不可		

横浜いずみ介護老人保健施設 通所リハビリテーション利用申込書③ (主治医様ご記入)

平成 年 月 日

紹介先医療機関等名

紹介元医療機関等の所在地及び名称

〒245-0018 横浜市泉区上飯田町3873-1

〒

医療法人 光陽会 横浜いずみ介護老人保健施設

通所リハビリテーション TEL 045-801-7291

TEL

Fax

Fax 045-801-7295



医師(施設長) 井川 道春

主治医

様

印

患者様氏名		性別		男・女	
患者様住所		電話番号			
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		職業			
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)			紹介目的		
既往歴及び家族歴					
病状経過、検査結果及び治療経過					
現在の処方					
要介護状態区分 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					
有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日					
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立・J1・J2・A1・A2 B1・B2・C1・C2					
認知症高齢者の自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
日常生活動作(ADL)の状況(該当する者に○)					
移動	自立・見守り・一部介助・全面介助		食事	自立・見守り・一部介助・全面介助	
排泄	自立・見守り・一部介助・全面介助		入浴	自立・見守り・一部介助・全面介助	
着替え	自立・見守り・一部介助・全面介助		整容	自立・見守り・一部介助・全面介助	
本人及び家族の要望					
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク等)					

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい
3. 通所リハビリテーション開始の際の必要書類になりますので、ご記入をお願いいたします。
4. ご記入後お手数ですが、患者様にお渡しして頂くか、横浜いずみ介護老人保健施設宛てにお送りくださるようお願い致します