

介護保険サービス利用状況*		
介護サービス種目	サービス事業者名	利用頻度および曜日・時間
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴介護		
通所リハビリテーション		
通所介護		
短期入所生活介護		
短期入所療養介護		

その他特記事項

現状の基本動作及び日常生活動作能力*

基本的動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	支持物 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	支持物 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)
	座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	支持物 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用) 背もたれ (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)
	立ち上り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	支持物 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	支持物 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用)
	移動 (屋内)	<input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)			補助具 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具)
	移動 (屋外)	<input type="checkbox"/> 歩行・ <input type="checkbox"/> 車いす (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)			補助具 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具)
日常生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	食具 (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン)
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	頻度: 週 () 回 入浴サービス (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	尿意 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 失禁 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
その他	家事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部実施	<input type="checkbox"/> 実施せず	
	コミュニケーション	難聴 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 視力障害 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 構音障害 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 失語症 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	認知症	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度			
	転倒歴	今までに転倒したこと (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 転倒リスク (<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い)			
	備考				

当施設からの訪問リハビリテーションの開始と継続にあたって

①当施設医師の受診が必要になります。②かかりつけ医の診察を受けて頂き、診療情報提供書が必要になります。
(初回とそれ以降3か月毎)

申込日	年 月 日	申込者氏名	
-----	-------	-------	--

※基本サービス提供時間は1回60分を予定しております。

※ *項は該当するお手持ちの資料を添付して頂ければ記入の必要はございません。