

診療情報提供書

【介護老人保健施設 リーブズ 通所リハビリテーション】

氏名	生年月日
様 男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
現病名	
既往歴	
感染症の有無	なし・あり()
リスク管理：特記事項（リハビリの中止基準、運動負荷の目安など）	
リハビリ中止血圧 / mmHg	
入浴時の注意事項	

年 月 日

医療機関：

住 所：

電話番号：

医師氏名：

印

介護老人保健施設 「リーブズ」 利用申込書

年 月 日

ご利用者 (〒 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 (_____)

生年月日 (M. T. S) _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 要介護度 要支援 ・ 1 ・ 2
要介護 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

* 有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

(*印の所については、確定されている場合、丸印とご記入願います。

介護度未確定の方は下記に申請日または未申請に丸印をお願いします)

* 申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 未申請 _____

申込者 (〒 _____)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 (M. T. S) _____ 年 _____ 月 _____ 日

電 話 (_____)

(携 帯) _____

続 柄 _____ 男 ・ 女

職 業 _____

勤務先名 _____

電 話 (_____)

家族構成 (同居人) について

氏 名	続柄	年齢	職業・勤務先
	本人		

【 ADL（日常生活動作） 】

① 寝返り	・可能	・つかまれば可能	・できない
② 座位保持	・可能	・つかまれば可能	・できない
③ 立ち上がり	・可能	・つかまれば可能	・できない
④ 立位保持	・可能	・つかまれば可能	・できない
⑤ 歩行	・可能	・つかまれば可能	・できない
⑥ 食事	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑦ 排泄	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑧ 入浴	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑨ 衣服着脱	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑩ 洗面歯磨き	・自立	・見守り、声かけが必要	・要介助
⑪ 車椅子	・使用せず	・使用（自立 一部介助 全介助）	
⑫ その他	・装 具	・無	・有（ ）
	・歩行器	・無	・有（ ）
	・杖	・無	・有（ ）
	・おむつ使用	・無	・有（ ）
	・失 禁	・無	・有
	・尿 器	・無	・有（ ）
	・ポータブルトイレ	・無	・有
	・意志の疎通	・可能	・不可能
	・言語障害	・無	・有（ ）
	・聴力障害	・無	・有（ 右 左 両 ）
	・補聴器使用	・無	・有
	・視力障害	・無	・有（ 右 左 両 ）
	・リハビリへの意欲	・無	・有
	・協調性	・無	・有

【経済状況】 ・ご本人様が現在お受けになられている年金の種類を差し支えなければ下記にご記入ください。

例) 国民年金・共済年金・軍人恩給 等
