

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 様　男・女	生年月日 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		

【 本人 及び 家族歴 】

本人氏名 _____

・ 職 業 最終職歴 ()

・ 最終学歴 1. 未就学 2. 小学校卒 3. 高等小学校
4. 旧制中学・新制高校卒 5. 旧制高校・短大卒
6. 大学卒 7. その他 ()

・ 結 婚 無 有 (現在配偶者 健康 病臥 死去)

*ご結婚歴が2回以上ある方については差し支えない
程度で結構ですので下記に詳細をお願いします。

・ 子 供 無 有 (人)

1	(続柄)	(居住地)
2	(続柄)	(居住地)
3	(続柄)	(居住地)
4	(続柄)	(居住地)
5	(続柄)	(居住地)
6	(続柄)	(居住地)

・ 同胞者 (本人の兄弟姉妹) 無 有 (人)

1	(続柄)	(居住地)
2	(続柄)	(居住地)
3	(続柄)	(居住地)
4	(続柄)	(居住地)
5	(続柄)	(居住地)
6	(続柄)	(居住地)

・ 生 活 保 護 無 有

・ 障 害 者 手 帳 無 有 (障害 級)

・ 精 神 障 害 者 無 有

・ 保 健 福 祉 手 帳 無 有 (障害 級)

- ・ 趣味 娯楽 無 有 ()
- ・嗜好品 アルコール 飲まない 飲む(1日) 合)
 - タバコ 吸わない 吸う(1日) 本)
 - その他 ()
- ・ 現在の介護者 無 有 配偶者 子供 息子の嫁
 - その他 ()
 - 介護者の年齢 才
 - 介護者の状況 介護可能 限られた時間なら可 不可
 - 介護者の職業 無 有

【 利用目的 】

- 1. 一般入所 • リハビリのため
- 2. 短期入所療養介護 • 本人の障害が重度で介護困難
- 3. 通所リハビリテーション • 家族に介護する方がいない
• 家族の介護負担軽減のため
• 健康上の不安のため
• その他 ()

【 予定退所先 】

- 1. 将来はリハビリテーション後在宅復帰を考えている。
- 2. 在宅での受け入れが困難であるため老人ホームなどを考えたい。
- 3. 現段階ではそこまで考えられず相談に乗ってもらいたい。
- 4. その他 ()

【本人の所在・主治医】

- ①現在の所在 (自宅 • 病院 • その他)
- ②現在入院している病院／施設名 ()
主治医 (科 先生)
- ③かかりつけの医師
 - (1) 施設／病院名 ()
 - 主治医 (科 先生)
 - 電話 (— —)
- (2) 施設／病院名 ()
主治医 (科 先生)
電話 (— —)
- ④入所歴のある施設名 (*あればご記入ください。)
 - 施設名 ()
 - 主治 (科 先生)
 - 電話 (— —)

【 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、声掛けが必要	・要介助
⑦ 排泄	・自立	・見守り、声掛けが必要	・要介助
⑧ 入浴	・自立	・見守り、声掛けが必要	・要介助
⑨ 衣服着脱	・自立	・見守り、声掛けが必要	・要介助
⑩ 洗面歯磨き	・自立	・見守り、声掛けが必要	・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
