けやきの里クリニック　通所リハビリテーション　利用申込書

申込日:　　年　　月　　日

利用者	ふりがな	男・女	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	
	氏 名			年　月　日	
	住所	〒		連絡先	
	介護保険	申請中 ・ 認定有効期間　年　月　日 ～　年　月　日			
		区分変更中 ・ 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			
	他の保険等	後期高齢者医療 ・ 生活保護 ・ 身体障害者手帳 ・ 介護保険負担限度額認定証			
相談者	ふりがな	続柄		連絡先	
	氏 名				
	住所	〒　□ 利用者住所と同じ			

●サービスの利用理由(利用目的や希望、リハビリ達成目標など)	
希望するリハビリ	利用目的(具体的にお願いします)※必ずご記入下さい。
□立ち座りの動作　□立位の安定化 □トイレ動作の獲得　□入浴動作の獲得 □安定した歩行(屋内・屋外) □着替えの動作の獲得 □階段・段差動作の獲得 □認知機能の維持 □閉じこもり防止　□他人との交流	

●利用希望日
月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土　　計 週　回

●現在の状況			
□	入院中	病院名	入院・入所日　年　月　日
□	入所中	施設名	退院・退所日　年　月　日
□	主な病名		
□	在宅	同居 ・ 別居　かかりつけ医(　　)	

●現状の生活動作　※生活上、支障となっている動作や困っている動作を☑して下さい。		
□	移動	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子
□	移乗	介助なし ・ 見守り ・ 手で支える程度 ・ 全介助
□	トイレ	自立 ・ 見守り ・ 全介助 ・ リハビリパンツ ・ オムツ
□	入浴	自立 ・ シャワー浴のみ ・ 見守り ・ 機械浴
□	着替え	自立 ・ 見守り ・ 一部介助(上半身 ・ 下半身) ・ 全介助
□	段差昇降	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
□	食事	主食(米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ミキサー粥)
		副食(普通 ・ 軟菜 ・ 一口大 ・ キザミ ・ ミキサー ・ とろみ付き)
□	送迎	ワゴン車のステップ(自立 ・ 介助要・ 車椅子)