

サービス利用予約票

令和 年 月 日

居宅介護支援事業者名

担当ケアマネージャー氏名

TEL ()

FAX ()

(ふりがな) 利用者様氏名		男性 女性	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住 所	〒 -		TEL	() -
介 護 度	要支援 1 ・ 2		要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
主 治 医	病院名		医師名	
現 病 名				
家族状況	独居・高齢世帯・介護が困難な家族等と同居・介護が可能な家族等と同居			
認知症	無 ・ 有 (問題行動 無 ・ 有 [))			
住 宅	家屋状況	住宅改修 (未 ・ 済)		
	就寝の状態	ベッド・ギャッジベッド・布団		
日 常 生 活 活 動	屋内歩行	不可 ・ 自立 ・ 介助 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子		
	屋外歩行	不可 ・ 自立 ・ 介助 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子		
	トイレ動作	日中：不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
		夜間：不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
	入 浴	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
	階 段	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助		
更 衣	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 ・ 介助			
手 段 的 日 常 生 活 活 動	買い物	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (付き添いが必要 など)		
	食事準備	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (材料があれば可能・温めぐらいは可能 など)		
	洗 濯	不可 ・ 自立 ・ 介助		
	服薬管理	不可 ・ 自立 ・ 一部介助 (薬を分けておく準備が必要 など)		
	外 出	通院 ・ 買い物 ・ 趣味活動・その他 ()		
	移動手段	家の近所 (徒歩・マイカー・タクシー・他)		
		それ以外 (徒歩・マイカー・タクシー・他)		
通 院	回 / 月 ・ 週間 (徒歩・マイカー・タクシー・他)			
＜サービス希望理由＞				
＜他サービス利用状況＞ ・ デイサービス (/週) ・ 通所リハビリ (/週) ・ ショートステイ (/月) ・ 訪問リハビリ (/週) ・ 訪問看護 (/週) ・ 訪問介護 (/週) ・ 訪問入浴 (/週) ・ その他 ()				
＜ダメな曜日・時間帯＞				
＜ケアマネが望むこと＞				

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

患者氏名		(男 ・ 女)
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日
主たる傷病名		
リハビリ施行上でのリスク・注意点 (あり ・ なし) リスク・注意点がある場合は内容をお書き下さい		
その他連絡事項		
以上の通り、リハビリテーションを依頼します		
		令和 年 月 日
医療機関名		
所在地		
電話番号		
医師氏名		印
大井リハビリテーションクリニック		通所リハビリテーション 担当医 殿

主治医先生御机下

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

今回、通所リハビリテーションサービス開始につきまして、主治医の先生よりリハビリをするにあたっての注意点等伺いたく別紙「診療情報提供書」を同封させて頂きます。大変お忙しい中恐縮ですが作成して頂きたくお願い申し上げます。

この他、何かご不明な点がございましたらご連絡ください。
今後ともどうぞ宜しくご指導お願い申し上げます。

令和 年 月 日

大井リハビリテーションクリニック

通所リハビリテーション

〒509-7201 恵那市大井町神徳 1002 番地 4

TEL 0573-20-3232

FAX 0573-20-3233

院長 田崎 法昭