

訪問リハビリ(介護予防訪問リハビリ) 申 込 書

介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター

記 入 日	年 月 日	受 付 日	年 月 日
事 業 所 名		担当ケアマネ名	
ふ り が な		性別	男 ・ 女
ご 利 用 者 氏 名		生年月日	T ・ S 年 月 日 (歳)
住 所	〒		電話() -
申 込 依 頼 者			続柄
住 所	〒		電話() -
			携帯() -

申込者の状況について○で印等を付けてください。

介護保険情報		要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)						
		認定の有効期間		年 月 日 ~		年 月 日		
視 力	普通	弱視	全盲	日 常 生 活	自分で可	一部介助	全介助	
聴 力	普通	やや難聴	難聴	食 事				
言 葉	普通	少し不自由	不自由	入 浴				
褥 瘡(床ずれ)	無	有(場所)		排 泄				
お む つ	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		衣 服 着 脱				
リ ハ パ ン	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		起 座				
排 徊	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		移 動				
認 知 症 の 程 度	軽度	中度	高度		杖・車椅子・歩行器・押し車			

傷病名と傷病歴をお書きください

.....

.....

.....

.....

.....

.....

訪問リハビリをご希望の理由は・・・	家族構成
.....	
.....	
.....	
.....	

※事業所記載欄					
利用可否	可 ・ 否	利用開始予定日		利用曜日・時間	
提出添付書類	診療情報提供書 ・ ケアマネジメント連絡用紙 ・ その他(				
初回診療予定					