

医療生協さいたま 熊谷生協病院（介護予防）通所リハビリテーション利用申込書

記入日： 年 月 日

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター名：

担当者：

住 所：

居宅事業所番号：

TEL： () FAX： ()

フリガナ 利用者氏名	様	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ 電 話 () _____			
介護保険 ※介護保険証 の写しを添付 して下さい。	被保険者 番号	_____	_____	_____
	要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 経過的 申請中 (申請日 _____)		
	有効期限	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
現在の状況	【主な疾患・既往歴などリスク管理すべき疾患】 (_____)			
	*自宅 *入院中 (病院名： _____) *老健入所中 (施設名： _____) *その他 (_____)			
	家族構成 (キーパーソン： _____)	利用中のサービス： _____		
入退院情報	病院名 _____	入院日/ _____ 年 _____ 月 _____ 日	退院日/ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
紹介 (利用) 目的・希望				
利用希望日	月 _____ 火 _____ 水 _____ 木 _____ 金 _____ 土 _____ / 半日・一日 (週 _____ 回) 利用希望			
希望 サービス	*活動：レクリエーション・アクティビティ・集団体操・立ち上がり訓練 *食事 *入浴：介助浴・機械浴 *口腔機能 *栄養指導 *短期集中個別リハビリ *重度療養管理 (_____) *送迎：往復・片道 (行き・帰り) ・無			
食 事	方法： *自立 *見守り *一部介助 *全介助 *箸 *スプーン *フォーク *その他 (_____)			
	形態：【主食】 *常食 *粥 *ミキサー *その他 (_____) 【副食】 *常食 *一口大 *キザミ *ミキサー *その他 (_____) 【とろみ】 *無 *汁物のみ *すべて			
	治療食： *無 *心臓病食 (塩分6g未満) *腎臓病食 (塩分6g未満、たんぱく質60g) *糖尿病食 (800kcal 1000kcal 1200kcal 1400kcal) *肝臓病食 *その他 (_____)			
	※上記以外に食事制限が必要な場合はご相談下さい			
	義歯：有 (_____) 無 _____ 食欲：有 _____ 無 _____	内服 (昼に)：有 _____ 無 _____ 自己管理：可 _____ 不可 _____		
*禁食：	*嗜好：			

	*栄養改善サービスに関する本人・家族の希望：	
排泄	*トイレ（自立 要介助） *ポータブルトイレ（自立 要介助） *尿意（あり・なし） *便意（あり・なし） *尿器使用（自立 要介助） *オムツ使用 *その他（ ）	
整容① （口腔ケア）	*自立 *一部介助 *全介助	
	*口腔機能向上サービスに関する本人・家族の希望	
整容② （爪切り・ 髭剃りなど）	*自立 *一部介助 *全介助	
	歩行	*自立歩行 *杖歩行 *つたい歩き *歩行器 *シルバーカー *介助歩行 *歩行不可
普通の 移動方法	車イス	・移乗： *自立 *要介助 ・操作： *自立 *要介助
入浴	*自立 *見守り *一部介助 *全介助	
更衣	*自立 *一部介助 *全介助	
移乗	*自立 *一部介助 *全介助 *その他（ ）	
聴力障害	無・有	*聞こえない（右・左） *聞こえにくい（右・左） *補聴器使用（右・左） *筆談
視力障害	無・有	*見えない（右・左） *見えにくい（右・左） *眼鏡使用（有・無）
立位	*自立 *一部介助 *全介助 *立位不可	
座位の方法	*イス *普通型車イス *リクライニング式車イス *その他（ ）	
コミュニケーション	*問題なし *失語症（理解 表出） *構音障害 *ジエチャー *筆談 *その他（ ）	
確認事項	以下の書類をご提出ください。 <input type="checkbox"/> 利用申込書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 薬剤情報（お薬手帳等）	

医療生協さいたま 熊谷生協病院 通所事業科くまここ

事業所番号：1113102761
〒360-0012 埼玉県熊谷市上之3851-1
TEL：048（524）8423（デイケア直通）
FAX：048（577）7388（デイケア直通）