通所申し込みに必要な書類

通所リハビリの申し込みをされる際は次の書類をご提出下さい。なお、申し込み内容に不備がある場合は、再度の提出をお願いさせていただきます。

１．　利用申込書（さくらの杜の書式）

※ご家族の方が記入して下さい。

２．　診療情報提供書（さくらの杜の書式）

※主治医に記入をお願いして下さい。

３．　アセスメント表（さくらの杜の書式）

※担当のケアマネージャーの方に記入をお願いして下さい。

※ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。

〒１１５－００５３　東京都北区赤羽台４丁目１７番５６号
電　話　０３－５９６３－４１８７
ＦＡＸ　０３－３９０７－２１２１
担当者　寺田　みかほ

様式第１号

介護老人保健施設通所リハビリテーション利用申込書

平成　　年　　月　　日

東京北医療センター介護老人保健施設
さくらの杜　様

利用申込者　氏　名　　印

（代筆者）　　印

東京北医療センター介護老人保健施設「さくらの杜」のサービスの利用を申込みます。

<table>
<tr><td rowspan="2">利用者</td><td>氏名</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td>男・女</td><td>明治
大正　　年　　月　　日生
昭和
歳</td></tr>
<tr><td>住所</td><td>〒　　－</td><td>電話</td><td>－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>氏名</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ
続柄（　　）</td><td rowspan="2">電話</td><td rowspan="2">（自宅）
（携帯）
（勤務先）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td>〒　　－</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">身体の状況</td><td colspan="2">主な病気</td><td rowspan="2">かかりつけの医療機関</td><td>（医療機関名）
（担当医）
TEL</td></tr>
<tr><td>要介護（支援）認定</td><td></td><td rowspan="3">ケアマネージャー</td><td rowspan="3">（事業所）
（担当者）
TEL
FAX</td></tr>
<tr><td>介護負担割合</td><td>割</td></tr>
<tr><td>身体障害者手帳</td><td>種　　級</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>利用希望日</td><td>平成　　年　　月　　日より　　月　火　水　木　金　土　／ W</td></tr>
<tr><td>希望理由</td><td></td></tr>
<tr><td>現在の居住先</td><td>自宅
施設（老健/グループホーム/その他）
病院</td><td>名称</td></tr>
</table>

平成　　年　　月　　日

診　療　情　報　提　供　書（通所リハビリテーション用）

本提供書の有効期限は、上記発行日より３ヶ月の間とする

介護老人保健施設

様

医療機関名（科名）
所在地
名　称
担当医　　印
電　話

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様（男・女）　明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）

〒住　所　　電話　　―　　―

【診　断】	【既往症】
【現在の症状】	【処　方】

【リハビリテーション実施に関する内容】

■ 医師の指示

■ リハビリテーションを実施する際の医学的管理（医師によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む）

□　禁忌事項（　　）

□　禁忌肢位（　　）

□　脈拍による運動負荷量の制限（　　回/分）

【□　βブロッカー処方　　□　ペースメーカー植え込み】

□　その他（　　）

【身体状況】
（主治医との協議により、ケアマネージャーによるレ点チェック及び記入可）
□四肢欠損　□関節の拘縮　□筋力低下　□麻痺（Ｌ・Ｒ）　□褥創
□嚥下障害　□知覚障害　□難聴　□失調・不随意運動
□視覚障害　□失語症　□カテーテル類留置
□その他の皮膚疾患
□食事制限　無・有（　　Kcal、減塩　　g）
＜備考＞

（１）日常生活の状態
ＡＤＬ状態　□正常　□Ｊ１　□Ｊ２　□Ａ１　□Ａ２　□Ｂ１　□Ｂ２　□Ｃ１　□Ｃ２
認知状態　□正常　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M

（２）理解および記憶
・短期記憶　□問題なし　□問題あり
・認知能力　□自立　□多少困難　□要見守り　□判断不可
・伝達能力　□伝達可　□多少困難　□具体的要求のみ　□伝達不可
・摂取能力　□自立　□一部介助　□全介助

（３）問題行動の有無
□有　□無
□幻視、幻聴　□妄想　□昼夜逆転　□暴言　□暴行　□介護拒否　□徘徊
□不潔行為　□異食行動　□性的問題　□火の不始末　□その他（　　）

（４）その他、看護・介護に際しての留意事項

（　　）

※　採血・心電図等の検査結果がありましたら、コピーをお願いします。

アセスメント表（さくらの杜 通所リハビリテーション）

開始	月	日	（ ）

記入者:　　記入年月日 ： H　年　月　日

ふりがな		男・女	生年月日	（ M ・ T ・ S ） 年 月 日	
利用者氏名			住所	〒	
T E L	（ ）	緊急連絡先氏名		TEL	
要介護度	申請中・要支援1・要支援2・要介護 1・2・3・4・5		介護保険証番号		
介護認定日・期間	H 年 月 日 有効期限:H 年 月 日 ～ H 年 月 日			負担割合	

病歴 ＊お薬の情報として薬局でいただく説明書等の添付をお願いいたします	利用医療機関	頻度

ADL状態	正常 ・J1 ・J2 ・A1・ A2 ・B1 ・ B2 ・ C1 ・C2	認知状態	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb ・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M

＊ADL 状態、認知状態は直近の主治医意見書の記載をご記入下さい

自立・介護状況 ＼ 項目		現在のADL状況 自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介護内容 つたい・もたれ等
基本的動作	起き上がり							
	立位保持							
	床からの立ち上り							
ADL・IADL	イスとベッド間の移乗							
	移動（外）							
	移動（内）							
	階段昇降							
	排泄状況 昼							
	排泄状況 夜							
		ADL状況を〇印でご記入下さい					当てはまる箇所にご記入をお願いします	

自立・介護状況 ＼ 項目	現在のADL状況 自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介護内容 つたい・もたれ等
トイレ動作							
入 浴							
更 衣（上衣）							
更 衣（下衣）							
整容						義歯（ 有 ・ 無 ）	
食事（調理）							
食事（片付け）							

摂食・嚥下	食形態: 嚥下状態:		服薬管理	自立 ・ 介助
洗濯	洗う	自立 ・ 介助	干す	自立 ・ 介助
	運ぶ	自立 ・ 介助	たたむ	自立 ・ 介助
掃除整頓	室内	自立 ・ 介助	ゴミ出し	自立 ・ 介助

（過去の）職業		趣 味	
主な介護者		本人との関係	TEL

家族構成 男・□ 女・〇 故人・●■ 本人・◎

＊同居家族を〇で囲んでください

（ 住宅改修 ： 未 ・ 済 ）

他の介護保険サービスの利用
（月）
（火）
（水）
（木）
（金）
（土）
（日）

通所リハの希望曜日等	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 （ ／W）	送迎	施設送迎（迎え・送り） ・ 家族送迎
	入 浴 有 （ 一般浴 ・ 機械浴 ） ・ 無		
紹介居宅介護支援事業所名		担 当 者	
	T E L	F A X	