

介護老人保健施設 二葉園 利用申込書(通所リハビリ)

年 月 日

フリガナ					男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	
利用希望者								
現住所	〒				電話	— —		
フリガナ					続柄			
緊急連絡先	氏名					電話	— —	
	住所							
申し込み理由								
居宅介護支援事業所	連絡先 ()			ケアマネジャー				
介護保険	介護認定	申請中・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)						
	負担割合	1割		2割		3割 生活保護		
現病・既往歴								
日常生活動作 状況	移動	自立 見守り 一部介助 全介助 (シルバーカー 歩行器 車椅子)						
	トイレ動作	自立 見守り 一部介助 全介助 バルーン ストマ						
	入浴	種類	シャワー浴 一般浴 機械浴					
		動作	自立 見守り 一部介助 全介助					
	理解力	問題なし やや困難 困難						
	服薬	内服薬 (無・有 朝口 昼口 夕口)						
	食事	形態	主食 (普通・軟飯・おかゆ) 副食 (普通・一口大・キザミ)					
		アレルギー	あり (食品名)					
療養食		糖尿病食 腎臓病食 その他 注意点()						
趣味・習慣								

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介元

所在地

TEL

名称

医師

印

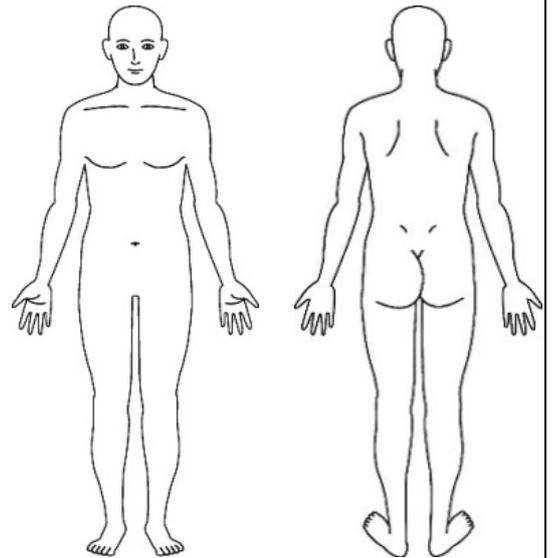
氏名 様 (男・女) M・T・S 年 月 日生 歳

傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)

既往歴とその発症年月

症状経過、検査結果及び治療経過

麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい



現在の処方

禁忌薬剤 ()

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M

現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)

備考