

訪問リハビリテーション利用申込書

申請日： 年 月 日

ふりがな	男	生年月日
氏名	女	昭和 年 月 日生 (歳)
住所 〒		
電話番号	自宅：	携帯：
介護度 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5		

居宅介護支援事業所：	電話番号：
担当ケアマネジャー：	FAX 番号：
介護サービスの利用： あり ・ なし	
利用中の介護サービス：	

かかりつけ医療機関名：	電話番号：
担当医：	FAX 番号：
かかりつけ医療機関への受診頻度： 回 か月に1回	
過去3か月以内の入院歴・施設入所歴： あり ・ なし	退院日・退所日：令和 年 月 日

<緊急連絡先>

氏 名	住 所	続柄	電 話 番 号
①			
②			
③			

利用申し込みの経緯、自宅で困っていること等：

訪問リハビリに期待すること、目標、要望等：

生活状況調査票

記入日：令和 年 月 日

記入者： _____

当てはまる項目に✓をご記入ください。その他の必要事項もご記入ください。

起き上がり	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
立ち上がり	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
ベッドへの移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (手 段： ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行車 ☐ 車椅子 ☐ 装具)			
食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 (道 具： ☐ 箸 ☐ スプーン・フォーク ☐ 介護食器・自助具) (主 食： ☐ 米飯 ☐ 粥 ☐ ミキサー) (副 食： ☐ 常菜 ☐ 刻み ☐ ソフト ☐ ミキサー)			
更衣	上 衣： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 下 衣： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 靴 : ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
整容	整 髪： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 洗 顔： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 歯磨き： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 化 粧： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行わない 髭剃り： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行わない			
排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (下 着： ☐ 布パンツ ☐ 紙パンツ ☐ オムツ) (方 法： ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ 尿器)			
入浴	洗 髪： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 洗 体： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 浴槽の出入り： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (場 所： ☐ 自宅 ☐ 通所介護・通所リハ ☐ 訪問入浴)			
炊事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)			
掃除	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)			

洗濯	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)
整理整頓	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)
薬の管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
金銭管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
買い物	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)
電話	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
外出	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)
趣味活動	☐ 無 ☐ 有 (内容： _____、 _____、 _____) (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)
日課・習慣	☐ 無 ☐ 有 (内容： _____、 _____、 _____) (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)
家庭内役割	☐ 無 ☐ 有 (内容： _____、 _____、 _____) (実施頻度： _____ 週間に _____ 回程度)
会話	☐ 問題なし ☐ 問題あり (原因： ☐ 難聴 ☐ 失語 ☐ 構音障害 ☐ 認知機能低下 ☐ その他)
認知症状	☐ 無 ☐ 年齢相応 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 行動障害の有無： ☐ 無 ☐ 有(具体的内容： _____)
その他（以前との変化、何か気になることなどがあったらご記入ください）	

ご協力ありがとうございました。