介護老人保健施設利用申請書兼相談受付表

年　月　日

利用者	氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）	生年月日　ＭＴＳ　年　月　日 （　歳）男　女
	住所；	電話：
相談者	氏名；	勤務先名：
	住所； 電話：	携帯電話：

本人情報	未認定・要支援・要介護（　） 区分変更・更新　申請日　／ 認定調査　／　認定日 認定期間　～ 介護保険負担割合　（　）割負担 年金（厚生　国民　共済　他:　）	家族構成
	居宅介護支援事業所:	担当ケアマネ:
	被保険者番号	保険者番号
	負担限度額認定（　）段階　身体障害者手帳（　）　種　級	
現在利用中の在宅サービス	通所サービス:　SS:　その他:	
レンタル品	有　無　：	
入所希望理由		
	入院（入所）期限：	
受診の状況（主な病名、発症時期）		
	医療処置：バルーン・胃ろう・酸素・ストマ・インスリン（固定打ち）	
家での活動	役割　趣味等　地域参加	
リハに対する希望	本人　家族	

ADL情報 **（家での動作も）**	認知症	無　有（問題行動；　）
	移乗	自立　一部介助　全介助
	移動手段	自立　一部介助　全介助　補助具（杖　歩行器　車椅子　ｼﾙﾊﾞｰｶｰ）
	座位	自立　一部介助　全介助
	着脱	自立　一部介助　全介助
	食事	自立　一部介助　全介助
	入浴	一般浴　機械浴　清拭
	排泄	自立　一部介助　全介助
		洋式ﾄｲﾚ　和式ﾄｲﾚ　Pﾄｲﾚ　おむつ　ﾘﾊﾊﾟﾝ　その他（　）
長期的方針	在宅復帰・施設利用（　）⇒ **リハ終了後行いたい事**	
備考	☐転倒リスク　☐薬及び他科受診　☐入所後訪問指導　☐認知症対応　☐3F個 ⇔ 大	
	☐3F情報提供書の説明　☐3点セット配布　☐Dr面談の説明	
	受付：	