**通所リハビリ・短期入所利用者情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | ふりがな | | | | | | | | | | | 生年  月日 | | | | 明  大　　　年　　　月　　　日／　　　歳  昭 | | | | |
| 氏名 | 男  女 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話： | | | | | | | | | | | | | | | | 戸建て・集合住宅・間借　　独居・同居  階EV（有・無）　　自室（有・無） | | |
| 医  療 | 医院・病院名 | | | | | | | | | | | | | | | | 医　師　名 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 介護状況 | 要介護度 | １・２・３・４・５  要支援１・２　申請中 | | | | 有効期間(認定日：　年　月　日)  平成　　年　　月　　日  ～平成　　年　　月　　日 | | | | | | | 居宅介護支援事業所 | | | | |  | |
| 担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ | | | | |  | |
| 現在のサービス利用状況（自宅・入所・入院） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会参加 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主介護者 | 氏名 |  | | | | | | | 続柄 |  | | | 職業 | |  | | | | | |
| 住所 | 〒  電話： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | 氏　名 | | | 年齢 | 続柄 | | 世帯 | | | 電話番号 | | | | | |  | | | 備考 |
| ① |  | | |  |  | | 同・別 | | |  | | | | | | 自宅・携帯・職場 | | |  |
| ② |  | | |  |  | | 同・別 | | |  | | | | | | 自宅・携帯・職場 | | |  |
| ③ |  | | |  |  | | 同・別 | | |  | | | | | | 自宅・携帯・職場 | | |  |
| ④ |  | | |  |  | | 同・別 | | |  | | | | | | 自宅・携帯・職場 | | |  |
| ⑤ |  | | |  |  | | 同・別 | | |  | | | | | | 自宅・携帯・職場 | | |  |
| 家系図等 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| リハビリ等の希望 | 利用者 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 御家族 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食物アレルギー | | | | 無・有 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬剤アレルギー | | | | 無・有 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現病名・既往歴 |  | | | | | |
| 服薬等 |  | | | | | |
| 身体の状況 | 体　格 | | 身長：　　　　cm　体重：　　　　kg | | 自立度 |  |
| 言語理解 | | 普通・やや不自由・不自由 | | | |
| 発　語 | | 普通・やや不自由・不自由 | | | |
| 視　力 | | 普通・弱視・全盲 | | | |
| 聴　力 | | 普通・やや難聴・難聴 | | | |
| 意思疎通 | | 可能・やや問題・問題・不能 | | | |
| 皮膚疾患 | | 褥瘡：無・有　部位：　　　　　　　　　　　　　　　その他： | | | |
| 身体障害 | | 無・有　　　　級（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
|  | | | 聴取内容 | 面　接　時 | 備　考 | |
| ADL | 移　動 | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 | 車椅子・杖・歩行器・手すり | |
| 移　乗 | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 |  | |
| 排泄(昼) | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 | 尿意(有・無)　便意(有・無)  ポータブル・リハパン・おむつ | |
| 排泄(夜) | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 |
| 更　衣 | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 |  | |
| 入　浴 | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 | 一般浴・特浴 | |
| 寝返り | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 |  | |
| 起き上がり | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 |  | |
| 座位保持 | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 |  | |
| 立ち上がり | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 |  | |
| 立位保持 | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 |  | |
| 食　事 | | 自立・部介・半介・全介 | 自立・部介・半介・全介 | 義歯(有・無) | |
| 食事等 | 主食 | | ご飯・お粥（全・５分）・ソフト・ミキサー | | | |
| 副食 | | 普通・刻み・ミキサー | | | |
| 嗜好品 | | 煙草（有・無）飲酒（有・無） | | | |
| 認知症 | 無・アルツハイマー型・脳血管型・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 専門医の診察（有・無）　出現時期： | | | | | |
| 周辺  症状 | 物忘れ・徘徊・火の不始末・見当識障害（時間・場所・人）・幻視・幻聴・妄想・暴言・暴力  昼夜逆転・介護への抵抗・感情障害・不潔行為・異食行動・その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 生活歴 | 性格 |  | | | | |
| 趣味 |  | | | | |
| 職歴 |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通所確認事項 | 利用時間 | ～２H・２～４H・４～６H・６～８H | 送迎車 | 乗用車・リフト・ワゴン |
| 利用日 | 月・火・水・木・金・土・（日） | 車椅子 | 自分持ち・施設貸与・不要 |
| 入浴サービス | 一般浴・機械浴・利用しない | 施錠 | 不要・必要 |
| 短期集中リハ | 1回・２回・３回・利用しない | 連絡 | 迎え時・送り時・不要 |
|  |  | 車酔い | 無し・有り |