

記入日： 令和 年 月 日

対象者名	フリガナ	住所	〒 電話番号()
	様 (男・女)		
	明・大・昭 年 月 日(才		

1・基本利用者情報

介護保険	保険者番号		被保険者番号		
	要介護度		要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 区分変更中		
	認定日		年 月 日		
	認定期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
主治医または かかりつけ医	医療機関名		電話番号（ ）		
	医師名		診療科（ ）		
	診察頻度		診療方法（ 外来受診・往診 ）		
緊急連絡先	①	フリガナ 氏名	続柄（ ） 電話番号（ ）		
	②	フリガナ 氏名	続柄（ ） 電話番号（ ）		
	③	フリガナ 氏名	続柄（ ） 電話番号（ ）		
感染症	☐ なし ☐ あり（ ）				
公費受給状況	☐ なし ☐ 生活保護費 ☐ 特定難病医療費 ☐ 特定疾患医療費				
現在の状況 最近の経過	☐ 自宅 ☐ 入院(入所)中 ☐ その他（ ） 医療機関(診療科目)・施設名： 退院(所)日 ： 令和 年 月 日（ 退院 ・ 予定 ） ※ 「自宅」に☑した方で、この1年以内に入院(所)した期間がある場合はその際の情報をご記入ください。 【 病名・既往歴等 最近の経過:リハビリテーションを必要とするに至った経緯を必ずご記入下さい 】				
	【 内服薬 】 *薬剤情報などを添付して頂いても結構です。				

ADL	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	(歩行補助具の有無、種類等)
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	療養食(有・無)
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	意思疎通		
	その他		
日常生活 自立度	寝たきり度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
	認知症	無し ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
家族構成			同居:
			同居以外:
		介護者の状況	

2. 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）情報

事業所名	(事業所番号)		
担当者			
連絡先	〒 電話番号 () FAX番号 ()		

3. 通所リハビリテーション情報

ご利用時間	☐ 6～7時間 ☐ 1～2時間(送迎・食事・入浴サービスはございません)		
ご利用希望曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 / 週 回希望 / 特に曜日の希望なし		
送迎希望	あり ・ なし	車椅子対応の必要性の有無	あり ・ なし
入浴希望	あり ・ なし	寝台浴対応の必要性の有無	あり ・ なし
利用の目的 本人・家族の要望等			
リハビリテーションの 観点から 今後のサービスに 期待すること			

内容を確認させていただき、改めてこちらからご連絡申し上げます。

医療法人謙和会 介護老人保健施設イーハートブ（通所リハビリテーション）

〒020-0866 岩手県盛岡市本宮一丁目6-12 / TEL 019-636-2626