

※灰色の欄は入力しないでください。
 ※個人情報、お電話にて伝達をお願いいたします。
 ※□のチェックボックスは、クリックして選択してください。

在宅リハビリテーション依頼書

担当

No.	受付日 (訪問日)	訪問者 Dr() PT() SW() OT() PHN() 他()
主訴 (1)	(2)	
(3)	(4)	

氏名	フリガナ	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 歳	住所	区
		男・女		電話 ()

世帯状況	続柄	年齢	同居・別居	備考	社会制度情報	訪問時、公用車でうかがうことがありますが、 近隣に駐車場はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	夫	89	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所有 ()級 <input type="checkbox"/> 申請中
	長男	64	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			障害名 _____
	長男の妻	63	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			介護保険 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(4) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			精神保健福祉手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所有 ()級
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所有 ()程度
現在の生活拠点: <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()					介護保険住宅改修費支給 <input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済み 残額(75000円)	
主な介助者(妻)						

[各種サービス利用状況]	曜日・時間帯など	デイサービス (2 回/週)	火・金 9:00~16:00
ホームヘルパー (回/週)		デイケア ()	
訪問看護 (2 回/週)	月・木 10:30~11:30	入浴サービス ()	
訪問リハ (回/週)		その他 ()	

サービス利用状況に合わせて、各担当者・連絡先をご記入ください。

・包括支援センター・~~居宅介護支援事業所~~など

事業所名 〇〇〇介護支援センター 担当者名 〇〇ケアマネジャー 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇

・基幹相談支援センター・計画相談など

事業所名 _____ 担当者名 _____ 連絡先 _____

・訪問看護・訪問リハなど

事業所名 〇〇〇訪問看護ステーション 担当者名 〇〇NS 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇

・ヘルパー事業所など

事業所名 _____ 担当者名 _____ 連絡先 _____

・デイサービス・デイケアなど

事業所名 △△デイサービスセンター 担当者名 〇〇相談員 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇

・その他

事業所名 _____ 担当者名 _____ 連絡先 _____

・区福祉保健センター

区 _____ 課 _____ 担当者名 _____ 連絡先 _____

個人情報をリハセンターに提供していただく際の許可と家庭訪問・評価でお身体にふれさせていただくことのお取り扱いをいただいております。

依頼書送付にあたっては、ご本人に内容の承諾を得た上で、下記に☑を入れてくださるようお願いいたします。

在宅リハビリテーション事業の利用にあたり、個人情報の提供について、ご本人のご承諾

年 月 日作成
 記載者 _____ 所属 _____

この依頼書をご記入いただいた方のお名前・ご所属・連絡先を記載してください。初回訪問の日程調整の連絡をさせていただきます。

[誰が何に困って、相談したいのか?]

・ケアマネとしては、家族の介助負担を軽減することと、廃用を防ぐためのケアプランを考えたいと思っている。そのため、どのような環境設定をして、どのようなサービスを利用することがいいのか、アドバイスをしてもらいたい。

・家族としては、少しでも自分でできることを多くして、精神的にも元気になってもらいたい。

具体的に、ご本人・ご家族・支援者の方々が困っていること、相談したいことなどをご記入ください。

[具体的な相談内容] 該当する番号に☑をつけてください。

1 住環境整備の相談(住宅改修の方法・福祉用具の選定など)

安全で介助負担の少ない、排泄方法を検討したい(現在はオムツを使用しているが、交換がたいへん)

2 コミュニケーションの相談

3 機能訓練・介助方法の相談(機能訓練メニュー・適切な介助方法・動作指導)

リハビリ目的にて訪問看護を導入予定である。どのようなメニューを実施したら良いか相談したい

4 リハビリテーションに関する総合的な相談(ケア計画の作成など)

5 その他

* 以下の情報はお手持ちの資料で、差し替えていただいても結構です(その場合は、郵送にてお送りください)。

疾患(発症年月日)	障害(発症年月日)	合併症(発症年月日)	
左大腿骨骨折(R2.9)	左下肢機能障害(R2.9)		
疾患障害の経過や入院状況	約3か月前に玄関先の階段にて転倒し骨折。〇〇病院へ入院して手術、リハビリを実施。一週間前に自宅退院したが、ADLは全般的に介助が必要。主な介助者は長男の嫁である。骨折前は、介護度は要支援1であり、ADLは自立、自宅周辺を30分～1時間程度散歩をするのが日課となっていた。家族も介助になれていないため、介助負担が大きく、日中ベッドで過ごすことが多い状況である。		
	リハビリテーションの受診経過(リハビリテーションを受けた病院名など)		
	1) 期間	～	
2) 期間	～		
医療	受診している医療機関名	頻度	主治医
	〇〇整形外科	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 1回/月	〇〇先生
		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 回/月	

疾患や障害の経過、入院先・期間を記載ください。お手持ちの他の資料で差し替えて郵送していただいてもかまいません。

[備考] ※医学的留意点や訪問時に配慮すべき点があれば、ご記入ください。

訪問に際して配慮すべき点(ご本人の体調や精神面など、またご家族関係など)や、他の欄に記載項目のない内容は、こちらにご記載ください。