

訪問リハビリテーション申込書記載要綱

1. *の項目はお手持ちの資料を添付していただくことで代用が可能です。資料を添付するか、記入するかを選択してください。
2. 主たる疾患名には現在の状況になった原因の疾患名をご記入ください。
3. 住所はおおよその場所が分かる範囲(町名まで)で構いません。
4. 医療機関は主治医の所属する病院・クリニックをご記入下さい。
5. 依頼目的は『リハビリを希望』『身体機能を維持』という表現は可能な限り避けて、生活上の問題点(課題)をどのようにしたいか具体的にご記入ください。
6. 別添の生活確認表(Barthel Index)もご記入をお願いします。
7. 当事業所にて折り返し①「対応可能な課題/目標」②「サービス提供期間」③「訪問日時」をご提案いたします。
8. 上記①②③の提案をご利用様が承諾されましたらサービスを開始いたします。
9. 依頼目的の如何によっては対応が困難な場合がございます。あらかじめご了承ください。
10. 「訪問リハビリテーション申込書」「生活確認表」をご記入後、当事業所までFAX送信をお願いいたします。
11. 入手した情報は当法人の規定に則り厳正にお取り扱いいたします。

居宅介護支援事業所／居宅介護支援専門員				
サービス利用者： 男性 女性 (歳代)		*他サービス利用状況をご記入ください		
主たる疾患名 *		月	AM	PM
既往歴*		火		
住所* (町名までご記入下さい)		水		
家屋状況	一戸建て / 集合住宅 (階)	木		
介護度*	要支援 1 2 申請中 要介護 1 2 3 4 5	金		
医療機関*		土		
主治医のサービス利用に対する承諾 有 無		日		
現病歴・経過*				
依頼目的	困っていること、ご希望を具体的にご記入下さい (例：外出をするために、外階段を降りる練習がしたい) (例：左手だけで料理をする練習がしたい)			
家族*	キーパーソン： 主介護者： 同居家族：			
その他の情報				