

訪問リハ相談申し込み表

No.

ID:

受付日:

受付者:

本人氏名		年 齢		性 別		介護度	
住 所				TEL			
家人氏名		続 柄		居宅介護 支援事業所			
住 所				担当CM			
TEL				TEL			
A D L 状 況							
移 動	独 歩 ・ 杖 () ・ 歩行器 ・ 老人車 ・ 車椅子 (自 操 ・ 他 操)						
移 乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			意思疎通	可 能 ・ 不可能		
起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			問題行動 (認知等)	無	有 ()	
食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			処 置 (褥瘡等)	無	有 ()	
排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (ポータブル・紙パンツ・オムツ・バルーン) 昼:○ 夜:△						
視 力	普通 ・ 弱視 ・ 見えない			聴 力	普通 ・ 難聴 ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない		
病名(疾患名)							
他サービス利用状況							
本人の希望						駐車場の 有無	
【備 考】							
CMに断った理由							
検討会 可 ・ 否						CM連絡済	