

訪問リハビリテーション依頼書

フリガナ				生年月日		年齢
利用者氏名	様	年	月	日	歳	
利用者住所				電話	()	
要介護度	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)		生活保護	☐	身障手帳	有(級) 無
主病名			合併症			
家族構成	主介護者()		家屋状況	☐ 持家(一戸建て・集合住宅) ☐ 賃貸(一戸建て・集合住宅) ☐ 改修可 ☐ 改修不可 ☐ 改修済み		
依頼内容						
目標			方針	☐ 回復的 ☐ 維持的 ☐ 代償的 ☐ 共生的		
補足	☐ 退院・退所して1ヶ月以内 ☐ 機能回復の見込みがある ☐ 生活活動能力向上の見込みがある ☐ 機能維持のための介入が必要 ☐ 本人・家族指導が必要 ☐ 福祉用具・住宅環境調整が必要 ☐ その他()					
ADL状況	座位保持	不能 全介助 一部介助 自立		食事	経管 全介助 一部介助 自立	
	起立	不能 全介助 一部介助 自立		排泄	オムツ ポータブル トイレ (全介助 一部介助 自立)	
	歩行	不能 全介助 一部介助 自立		入浴	清拭のみ 機会浴 普通浴 (全介助 一部介助 自立)	
	車椅子	移乗(要介助 自立) 操作(要介助 自立)		意思疎通	不能 可能 (会話 うなずき ジェスチャー 表情)	
サービス利用状況						
緊急時連絡先	TEL ()					

上記の通り訪問リハビリテーションを依頼します。

年 月 日

事業所名:
住 所:
電 話:
氏 名: