

リハビリスタジオ MOVE ON 申し込み書

記入日：

＜受付日時＞ 年 月 日(: ~ :)					＜受付者＞		
＜依頼手段＞ 電話 FAX 訪問 来所					＜依頼者名＞ (本人・家族・その他)		
要介護 認定	済 → 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					認定日 年 月 日	
	未(見込み)→ 非該当・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
利用者氏名		様(男・女)		年齢	M・T・S 年 月 日(歳)		
住所					電話番号		
現疾患名							
主治医		(医療機関)				(主治医)	
		(住所)				(電話)	
緊急時連絡先		(氏名)		(電話番号)		本人との続柄 ()	
日常生活自立度 判定基準		障害高齢者		自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
		認知症高齢者		自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
利用 希望 曜日	曜日	月	火	水	木	金	備考
利用者の意向							
家族の意向							
地域包括支援センターまたは介護支援専門員の意見							
歩行		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 伝え歩き ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器又はシルバーカー					
排泄		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助					
視力		☐ 普通 ☐ 見えづらい ☐ 白内障(OP: ☐ 済み ☐ 未 ☐ 右 ☐ 左)					
聴力		☐ 普通 ☐ 聞きづらい ☐ ほとんど聞こえない					
認知症		記憶障害		☐ 有 ☐ 無		失見当 ☐ 有 ☐ 無	