

ふなとりハビリセンター 受付表（1）

受付日時	平成 年 月 日（ ）	面接日時	平成 年 月 日（ ）
氏名		年齢	才
生年月日	M · T · S 年 月 日	性別	男 女
介護度	未認定 支援1 支援2	介護1 介護2 介護3 介護4 介護5	
住所	〒 電話番号		
緊急連絡先	氏名 続柄 電話番号		

主治医	病院名	医師名	科
	住所	TEL	

診断名	1.	発症年月日	年	月	日
	2.	発症年月日	年	月	日
	3.	発症年月日	年	月	日
	4.	発症年月日	年	月	日
	5.	発症年月日	年	月	日

投薬内容・治療内容・特別な医療

他科及び主治医以外の医療機関受診状況（直近1年間、入院、慢性疾患等）

心身の状態

日常生活の自立度等について
 障害高齢者の日常生活自立度
 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度
 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V

認知症の中核症状
 短期記憶 問題なし 問題あり
 日常の意思決定を行う為の認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
 自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

認知症の周辺症状
 なし あり 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他（ ）

その他の精神・神経症状
 なし あり（症状名 ） 専門医受診の有無 なし あり

ふなとリハビリセンター 受付表 (2)

氏名

事業所名		TEL
ケアマネジャー氏名		FAX

希望日・通所方法	希望日 月 (AM・PM)	火 (AM・PM)	水 (AM・PM)
	木 (AM・PM)	金 (AM・PM)	土 (AM・PM)
	送迎希望	自力通所	家族送迎

基礎疾患の有無

心臓疾患 なし ある(症状名))ペースメーカーの有無 なし ある

脳血管障害 なし ある(症状名))糖尿病 なし ある

高血圧症 なし ある(服薬の有無 なし ある) 血圧 /

骨粗鬆症 なし ある 肝臓疾患 なし ある 腎臓疾患 なし ある 水分制限 なし ある

疼痛部位 なし ある (首 ・ 肩 ・ 肘 ・ 手首 ・ 腰 ・ 膝 ・ 足首)

骨折部位 なし ある (部位))体内に金属 なし ある (部位)

日常生活活動	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操 ・ 介助)
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢) その他 ()
	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (肩 右・左 肘 右・左 手関節 右・左 股関節 右・左 膝 右・左 足関節 右・左)
	立位	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	理解力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし <input type="checkbox"/> やや支障あり <input type="checkbox"/> 支障あり	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 他者に支障なし <input type="checkbox"/> やや支障あり <input type="checkbox"/> 支障あり	
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左)	<input type="checkbox"/> 補聴器あり
	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> その他
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや支障あり	<input type="checkbox"/> 支障あり()
	会話	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 困難	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	嚥下	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 低下	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器	
	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿パット		
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ		

パーソナル情報	職歴	趣味	家族構成
ふなと記入欄			
			他の福祉サービス