

※灰色の欄は入力しないでください。
 ※個人情報、お電話にて伝達をお願いいたします。
 ※口のチェックボックスは、クリックして選択してください。

在宅リハビリテーション依頼書

担当

No.	受付日 (訪問日)	訪問者	Dr() PT()
主訴	(1)	(2)	SW() OT()
	(3)		PHN() 他()

氏名	フリガナ	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 歳	住所	区
	男・女			電話 ()

世帯状況	続柄	年齢	同居・別居	備考	社会制度情報	訪問時、公用車でうかがうことがありますが、 近隣に駐車場はありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	夫	70	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所有 ()級 <input type="checkbox"/> 申請中
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			障害名 _____
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			介護保険 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			精神保健福祉手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所有 ()級
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 所有 ()程度
			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			介護保険住宅改修費支給 <input checked="" type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済み 残額(円)
現在の生活拠点: <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()						
主な介助者(夫)						

[各種サービス利用状況]	曜日・時間帯など	デイサービス (回/週)
ホームヘルパー (回/週)		デイケア ()
訪問看護 (2 回/週)	月・木 10:30~11:30	入浴サービス ()
訪問リハ (回/週)		その他 ()

サービス利用状況に合わせて、各担当者・連絡先をご記入ください。

・包括支援センター・~~居宅介護支援事業所~~など

事業所名 〇〇〇介護支援センター 担当者名 〇〇ケアマネジャー 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇

・基幹相談支援センター・計画相談など

事業所名 _____ 担当者名 _____ 連絡先 _____

・~~訪問看護~~・訪問リハなど

事業所名 〇〇〇訪問看護ステーション 担当者名 〇〇NS 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇

・ヘルパー事業所など

事業所名 _____ 担当者名 _____ 連絡先 _____

・~~デイサービス~~・~~デイケア~~など

事業所名 △△△デイケアセンター 担当者名 〇〇相談員 連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇

・その他

事業所名 _____ 担当者名 _____ 連絡先 _____

・区福祉保健センター

区 _____ 課 _____ 担当者名 _____ 連絡先 _____

個人情報をリハセンターに提供していただく際の許可と家庭訪問・評価でお身体にふれさせていただくことのお取り扱いをいただいております。

依頼書送付にあたっては、ご本人に内容の承諾を得た上で、下記にを入れてくださるようお願いいたします。

在宅リハビリテーション事業の利用にあたり、個人情報の提供について、ご本人のご承諾

年 月 日 作成

記載者 _____ 所属 _____

この依頼書をご記入いただいた方のお名前・ご所属・連絡先を記載してください。初回訪問の日程調整の連絡をさせていただきます。

[誰が何に困って、相談したいのか?]

- ・腕がうまく上がらないため、髪をとかしたり顔を洗ったりすることがうまくできない。(本人より)
- ・最近はずもうまく使えず、また食事の時間がかかってしまって疲れてしまう。(本人より)
- ・テレビのリモコン操作や電話(携帯電話)の操作がスムーズに行えない・受話器を持つのがたいへん。(本人より)
- ・首や肩の痛みに対して、何かマッサージやリハビリをしたほうがいいのか相談したい(訪問看護師より)

具体的に、ご本人・ご家族・支援者の方々が困っていること、相談したいことなどをご記入ください。

[具体的な相談内容] 該当する番号に☑をつけてください。

- 1 住環境整備の相談(住宅改修の方法・福祉用具の選定など)
食事や整容の負担を軽減するための自助具や工夫などを教えてもらいたい
- 2 コミュニケーションの相談
将来的な利用を考慮して、コミュニケーション面の工夫や機器の情報提供をお願いしたい
- 3 機能訓練・介助方法の相談(機能訓練メニュー・適切な介助方法・動作指導)
- 4 リハビリテーションに関する総合的な相談(ケア計画の作成など)
身体の痛みに対するアプローチと、機能を少しでも維持するためのリハビリについて相談したい
- 5 その他

* 以下の情報はお手持ちの資料で、差し替えていただいても結構です(その場合は、郵送にてお送りください)。

疾患(発症年月日)	障害(発症年月日)	合併症(発症年月日)
筋萎縮性側索硬化症(H31.1)	四肢麻痺(H31.1)	
疾患障害の経過や入院状況	数年前より手足の動きの鈍さが見られるようになり、いくつかの病院を受診した。その結果、平成31年1月に〇〇病院にて筋萎縮性側索硬化症と診断された。発症前は主婦として家事全般を担っていたが、上肢の機能低下が進んだため、家事は夫が中心となって実施している。ADLは何とか自立していたが、洗顔や洗髪がたいへんになり、令和2年1月より訪問看護を利用して入浴介助を受けている。歩行は安定しているが、上肢に痛みが出てくるため長距離歩くことは困難である。	
	リハビリテーションの受診経過(リハビリテーションを受けた病院名)	
医療	1) 特になし	疾患や障害の経過、入院先・期間を記載ください。お手持ちの他の資料で差し替えて郵送でいただいてもかまいません。
	2)	
受診している医療機関名	頻度	主治医
〇〇総合病院・神経内科	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 1回/2か月	〇〇先生
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 回/か月	

[備考] ※医学的留意点や訪問時に配慮すべき点があれば、ご記入ください。

訪問に際して配慮すべき点(ご本人の体調や精神面など、またご家族関係など)や、他の欄に記載項目のない内容は、こちらにご記載ください。