

地域リハビリテーション情報提供書 (様式1)

様

依頼日 平成 年 月 日

次の方の情報提供を依頼します。チェック印がついた項目について御記入の上、返信ください。

【依頼者】

| | |
|------|--|
| 所属 | |
| 依頼者名 | |
| 連絡先 | |
| FAX | |

| | | | | | |
|------------|-------|--------|-----|------|---------------|
| フリガナ 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | | | | | |
| 本人又は家族の同意 | 同意者氏名 | 続柄 () | | | |

| | | | | |
|--------------------------|-------------------|--|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | 診断名 (合併症) | | 発症日 | |
| <input type="checkbox"/> | リハビリ経過 (内容・期間) | | | |
| <input type="checkbox"/> | 今後のリハビリ目標 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 継続してほしい リハビリ内容 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 本人・家族の思い | | | |

| 活動状況 | | 評価日 | 年 | 月 | 日 | |
|--------------------------|------------------|--|-------------------------------|----------------|----|--|
| | 活動項目 | 状況 | | | 備考 | |
| <input type="checkbox"/> | 寝返り | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 起き上がり | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 長座位保持 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 椅座位保持 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 起立保持 | 上肢支持有り | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| | | 上肢支持無し | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 立ち上がり | 床から | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| | | 椅子から | 上肢支持有り | 独立・可能・監視・部介・全介 | | |
| | | | 上肢支持無し | 独立・可能・監視・部介・全介 | | |
| <input type="checkbox"/> | 歩行 | 平行棒 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| | | 歩行器 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| | | 杖 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| | | 杖なし | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 階段昇降 | 手すり | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| | | 杖 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| | | 杖なし | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 食事動作 | 独立・可能・監視・部介・全介 (ペースト・刻み・ソフト食・普通 経管栄養) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 整容動作 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 更衣動作 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 入浴動作 | 独立・可能・監視・部介・全介 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 排泄動作 | 独立・可能・監視・部介・全介 オムツ(常時・夜間のみ) | | | | |
| ADLの採点法 | | 判定 | 採点基準 | | | |
| | | 独立 | どの環境でも通常の時間内で自立して出来る。 | | | |
| | | 可 | 限定した環境、補助具の使用、時間をかければ自立して出来る。 | | | |
| | | 監視 | 口頭指導、安全のための監視を必要とする。 | | | |
| | | 部分介助 | 75%未満の介助を必要としている。 | | | |
| | | 全介助 | 75%以上の介助を必要としている。 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 生活・介助する上で配慮すべき事項 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | その他 () | | | | | |

回答日 平成 年 月 日

| | |
|------|--|
| 所属 | |
| 記入者名 | |
| 連絡先 | |
| FAX | |