

# 地域リハビリテーション情報提供書（様式1） 試案

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	