

長浜クリニック 通所リハビリテーション 申込書

申込日: 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	T・S	年	月	日(歳)
利用者氏名		男	介護度	要支援	要介護		
		女		1・2	1・2・3・4・5		
自宅・所在地	〒 駐車スペース(有・無)			電話:			
				携帯:			
現在所在	1. 自宅 2. 医療機関または介護施設(名称:)						
緊急連絡先	ふりがな			電話:			
	① 氏名	続柄:		携帯:			
	住所						
	② 氏名	続柄:		携帯:			
お困りのこと	(例:腰背部痛を改善したい。安定して歩けるようになりたい。)						
現病歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 麻痺:有(右・左)/無 (年 月 発症) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症・心筋梗塞・ペースメーカー) (年 月 発症) <input type="checkbox"/> パーキンソン病(年 月 発症) <input type="checkbox"/> その他(例:左大腿骨頸部骨折 ○○年○月受傷 ○○年○月手術)						
既往歴・手術歴	例:胃がん手術(○○年○月実施)、白内障手術(○○年○月実施)						
日常生活	移動 <input type="checkbox"/> 自立(杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意(あり・なし) 便意(あり・なし)						
かかりつけ医療機関	医療機関名						
	担当医師		電話:				
ケアマネジャー	事業所名						
	担当 ケアマネジャー		電話:				