

## 通所申し込みに必要な書類

通所申し込みをされる際、次の書類をご提出下さい。

なお、申し込み内容に不備がある場合は再度の提出をお願いさせていただきます。

1. 介護老人保健施設通所リハビリテーション利用申込書(さくらの杜書式)

興味・関心チェックシート

※ご家族の方が記入してください。

2. アセスメント表 (さくらの杜の書式)

※担当のケアマネジャーの方に書類を渡し記入をお願いして下さい。

3. 診療情報提供書 (さくらの杜の書式)

※主治医に記入をお願いして下さい。

4. 介護保険被保険証のコピー

5. 介護保険負担割合証のコピー

6. おくすり手帳のコピー (最新の情報)

※ご不明な点は、お気軽にお問い合わせ下さい。

〒115-0053 北区赤羽台4丁目17番56号

電話03-5963-4187

FAX03-3907-2121

担当者 くすのきゆういちろう  
楠 裕一郎

介護老人保健施設通所リハビリテーション利用申込書

年 月 日

東京北医療センター介護老人保健施設  
さくらの杜 様

利用申込者 氏 名 印  
(代筆者) 印

東京北医療センター介護老人保健施設「さくらの杜」のサービスの利用を申込み  
ます。

|                   |           |                                |  |                                                                                     |                         |     |
|-------------------|-----------|--------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----|
| 利用者               | 氏名        | フリガナ                           |  | 男・女                                                                                 | 明治<br>大正 年 月 日生<br>昭和 歳 |     |
|                   | 住所        | 〒 ー                            |  |                                                                                     | 電話                      | ー ー |
| 連絡先               | 氏名        | フリガナ                           |  | 電話                                                                                  | (自宅)                    |     |
|                   | 住所        | 〒 ー                            |  |                                                                                     | (携帯)                    |     |
| 身体<br>の<br>状<br>況 | 主な病気      |                                |  | かかり<br>つけ<br>の<br>医<br>療<br>機<br>関<br><br>ケ<br>ー<br>ア<br>マ<br>ネ<br>ー<br>ジ<br>ヤ<br>ー | (医療機関名)                 |     |
|                   | 要介護（支援）認定 |                                |  |                                                                                     | (担当医)                   |     |
|                   | 介護負担割合    |                                |  |                                                                                     | 割                       | TEL |
|                   | 身体障害者手帳   |                                |  |                                                                                     | 種 級                     | FAX |
| 利用希望日             |           | 年 月 日より 月 火 水 木 金 土 / W        |  |                                                                                     |                         |     |
| 希望理由              |           |                                |  |                                                                                     |                         |     |
| 現在の居住先            |           | 自宅<br>施設（老健／グループホーム／その他）<br>病院 |  | 名称                                                                                  |                         |     |

## 興味・関心チェックシート

おわかりになる箇所だけで結構ですので、レチェックでご記入をお願いします。

| 生活行為                | している | してみたい | 興味がある | 該当しない | 生活行為                       | している | してみたい | 興味がある | 該当しない |
|---------------------|------|-------|-------|-------|----------------------------|------|-------|-------|-------|
| 自分でトイレへ行く           |      |       |       |       | 生涯学習・歴史                    |      |       |       |       |
| 一人でお風呂に入る           |      |       |       |       | 読書                         |      |       |       |       |
| 自分で服を着る             |      |       |       |       | 俳句                         |      |       |       |       |
| 自分で食べる              |      |       |       |       | 書道・習字                      |      |       |       |       |
| 歯磨きをする              |      |       |       |       | 絵を描く・絵手紙                   |      |       |       |       |
| 身だしなみを整える           |      |       |       |       | パソコン・ワープロ                  |      |       |       |       |
| 好きな時に眠る             |      |       |       |       | 写真                         |      |       |       |       |
| 掃除・整理整頓             |      |       |       |       | 映画・観劇・演奏会                  |      |       |       |       |
| 料理を作る               |      |       |       |       | お茶・お花                      |      |       |       |       |
| 買い物                 |      |       |       |       | 歌を歌う・カラオケ                  |      |       |       |       |
| 家や庭の手入れ・世話          |      |       |       |       | 音楽を聴く・楽器演奏                 |      |       |       |       |
| 洗濯・洗濯物たたみ           |      |       |       |       | 将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等              |      |       |       |       |
| 自転車・車の運転            |      |       |       |       | 体操・運動                      |      |       |       |       |
| 電車・バスでの外出           |      |       |       |       | 散歩                         |      |       |       |       |
| 孫・子供の世話             |      |       |       |       | ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ |      |       |       |       |
| 動物の世話               |      |       |       |       | ダンス・踊り                     |      |       |       |       |
| 友達とおしゃべり・遊ぶ         |      |       |       |       | 野球・相撲等観戦                   |      |       |       |       |
| 家族・親戚との団らん          |      |       |       |       | 競馬・競輪・競艇・パチンコ              |      |       |       |       |
| デート・異性との交流          |      |       |       |       | 編み物                        |      |       |       |       |
| 居酒屋に行く              |      |       |       |       | 針仕事                        |      |       |       |       |
| ボランティア              |      |       |       |       | 畑仕事                        |      |       |       |       |
| 地域活動<br>(町内会・老人クラブ) |      |       |       |       | 賃金を伴う仕事                    |      |       |       |       |
| お参り・宗教活動            |      |       |       |       | 旅行・温泉                      |      |       |       |       |
| その他( )              |      |       |       |       | その他( )                     |      |       |       |       |
| その他( )              |      |       |       |       | その他( )                     |      |       |       |       |

# アセスメント表(さくらの杜 通所リハビリテーション)

開始 月 日 ( )

記入者

記入年月日 R 年 月 日

|                                      |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|----------------------------|---------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------|------------------|----|-----|---------|-----|-----|
| ふりがな                                 |                                                                                |                 | 男・女  | 生年月日 ( T ・ S ) 年 月 日 ( 歳 ) |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 利用者氏名                                |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 住 所                                  | 〒( )                                                                           |                 |      |                            | 電話番号    |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 要介護度                                 | 申請中・要支援1・要支援2・要介護1・2・3・4・5                                                     |                 |      |                            | 介護保険証番号 |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 認定日・期間・負担割合                          | R 年 月 日 有効期限: R 年 月 日 ~ R 年 月 日 負担割合: 割                                        |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 既往歴                                  |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| かかりつけ医                               | 受診頻度( / ) 最終受診日( / )                                                           |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 医療処置                                 | 褥瘡の処置 透析 ストーマの処置 酸素療法 疼痛の看護 留置カテーテル等 無し                                        |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 通所リハの目的                              | ご本人<br>ご家族                                                                     |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 現在のADL・IADL状況について、該当する箇所に○印を入れてください。 |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 自立・介護<br>状況<br>項目                    |                                                                                | 現在のADL状況        |      |                            |         |                                  |                             | 自立・介護<br>状況<br>項目 |             | 現在のADL状況         |    |     |         |     |     |
|                                      |                                                                                | 自立              | 見守り  | 一部介助                       | 全介助     | 行わず                              | 使用用具 杖・<br>装具・歩行器・車<br>いすなど |                   |             | 介護内容<br>つたい・もたれ等 | 自立 | 見守り | 一部介助    | 全介助 | 行わず |
| 起き上がり                                |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             | トイレ動作             |             |                  |    |     |         |     |     |
|                                      | 立位保持                                                                           |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   | 入 浴         |                  |    |     |         |     |     |
|                                      | 床からの<br>立ち上がり                                                                  |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   | 更 衣<br>(上衣) |                  |    |     |         |     |     |
| 移 動<br>(室 外)                         |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             | 更 衣<br>(下衣)       |             |                  |    |     |         |     |     |
| 移 動<br>(室 内)                         |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             | 整 容               |             |                  |    |     | 義歯(有・無) |     |     |
| 階段昇降                                 |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             | 家 事<br>(調理)       |             |                  |    |     |         |     |     |
| 排泄(昼)                                |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             | 家 事<br>(買物)       |             |                  |    |     |         |     |     |
| 排泄(夜)                                |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             | 家 事<br>(洗濯)       |             |                  |    |     |         |     |     |
| 摂食・嚥下                                | 食形態:<br>嚥下状態:                                                                  |                 | 服薬管理 |                            | 自立・介助   |                                  |                             | 家 事<br>(掃除)       |             |                  |    |     |         |     |     |
| (過去の)職業                              |                                                                                |                 |      |                            |         | 趣 味                              |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 主な介護者                                |                                                                                | 本人との関係          |      |                            |         | T E L                            |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 家族構成 男・□ 女・○ 故人・●■ 本人・◎              |                                                                                | 他の介護保険サービスの利用状況 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| ※同居家族は○で囲んでください                      |                                                                                | (月)             |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
|                                      |                                                                                | (火)             |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
|                                      |                                                                                | (水)             |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
|                                      |                                                                                | (木)             |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
|                                      |                                                                                | (金)             |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
|                                      |                                                                                | (土)             |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
|                                      |                                                                                | (日)             |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| (住宅改修 未・済)                           |                                                                                |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| ADL状態                                | 正 常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2                                                    |                 |      |                            | 認知状態    | 正 常・I・II a・II b・III a・III b・IV・M |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 認知症の<br>中核症状                         | ・短期記憶(問題なし 問題あり)・日常の意思決定(自立 いづらか困難 見守り 不可)<br>・自分の意思の伝達能力(伝えられる いづらか困難 限定的 不可) |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 認知症の<br>行動・心理症状                      | 有(具体的に: ) 無                                                                    |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |
| 身体状態                                 | 麻痺:有( ) 無 拘縮:有( ) 無                                                            |                 |      |                            |         |                                  |                             |                   |             |                  |    |     |         |     |     |

年 月 日

## 診療情報提供書（通所リハビリテーション用）

本提供書の有効期限は、上記  
発行日より3ヶ月の間とする

介護老人保健施設

医療機関名 (科名)

様

所在地

名 称

## 担当医

電話

印

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)

電話 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

|         |       |
|---------|-------|
| 【診 断】   | 【既往症】 |
| 【現在の症状】 | 【処 方】 |

【リハビリテーション実施に関する内容】

## ■ 医師の指示

- リハビリテーションを実施する際の医学的管理（医師によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む）

- ☐ 禁忌事項 ( )  
☐ 禁忌肢位 ( )  
☐ 脈拍による運動負荷量の制限 ( 回/分)  
     【☐  $\beta$  ブロッカー処方      ☐ ペースメーカー植え込み】  
☐ その他 ( )

【身体状況】

(主治医との協議により、ケアマネージャーによるレ点チェック及び記入可)

- ☐四肢欠損 ☐関節の拘縮 ☐筋力低下 ☐麻痺 (L・R) ☐褥創  
☐嚥下障害 ☐知覚障害 ☐難聴 ☐失調・不随意運動  
☐視覚障害 ☐失語症 ☐カテーテル類留置  
☐その他の皮膚疾患  
☐食事制限 無・有 (                      Kcal、減塩      g)  
<備考>
- 
- 
- 

(1) 日常生活の状態

- ADL状態 ☐正常 ☐J 1 ☐J 2 ☐A 1 ☐A 2 ☐B 1 ☐B 2 ☐C 1 ☐C 2  
認知状態 ☐正常 ☐I ☐II a ☐II b ☐III a ☐III b ☐IV ☐M

(2) 理解および記憶

- ・短期記憶 ☐問題なし ☐問題あり
- ・認知能力 ☐自立 ☐多少困難 ☐要見守り ☐判断不可
- ・伝達能力 ☐伝達可 ☐多少困難 ☐具体的要求のみ ☐伝達不可
- ・摂取能力 ☐自立 ☐一部介助 ☐全介助

(3) 問題行動の有無

- ☐有 ☐無  
☐幻視、幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護拒否 ☐徘徊  
☐不潔行為 ☐異食行動 ☐性的問題 ☐火の不始末 ☐その他 (                      )

(4) その他、看護・介護に際しての留意事項

※ 採血・心電図等の検査結果がありましたら、コピーをお願いします。

## 見学申込書

記入日 20 年 月 日

|               |                   |     |      |   |
|---------------|-------------------|-----|------|---|
| ご利用者様         | 性別                | 男・女 | 住所   |   |
|               | 年齢                | 歳   |      |   |
|               | 要介護度              |     |      |   |
| 主介護者様         | 続柄                |     | 住所   |   |
|               |                   |     | 連絡先  |   |
| 居宅介護<br>支援事業所 |                   |     | 担当CM | 様 |
|               | TEL03- - FAX03- - |     |      |   |

現在の状況についてご記入ください

|                   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 主な疾患              |                                                                                                                                                         |                                                                                                                           | 現在の<br>居場所 |                                                                                                                                                   |  |
| 3か月以内の<br>入院入所の有無 |                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 有 退院(退所)日 20 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 無                                                 |            |                                                                                                                                                   |  |
| 移動方法              | 室内                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> シルバーカー、歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他( |            |                                                                                                                                                   |  |
|                   | 屋外                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> シルバーカー、歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他( |            |                                                                                                                                                   |  |
| 麻痺の有無             | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )<br><input type="checkbox"/> 無                                      |                                                                                                                           | 福祉用具及び装具など |                                                                                                                                                   |  |
|                   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
| 送迎車への<br>乗り込み     | <input type="checkbox"/> ステップ乗車 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 )<br><input type="checkbox"/> 車椅子                             |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
|                   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
| 認知症               | <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 ) 【診断名】<br><input type="checkbox"/> 無 |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
|                   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
| 希望理由              |                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
| 利用希望<br>回数        | 回/週                                                                                                                                                     |                                                                                                                           | 利用希望<br>時間 | <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 半日 ( <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM ) <input type="checkbox"/> その他( |  |
| 入浴希望              | <input type="checkbox"/> 有 ( 回/週 ) ※1日利用且つ週2回利用(原則1回のみ)からの方が対象になります。<br><input type="checkbox"/> 無                                                      |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
|                   |                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |
| 備考<br>連絡事項等       |                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                   |  |

ご見学者

|   |    |
|---|----|
| 様 | 続柄 |
| 様 | 続柄 |
| 様 | 続柄 |

東京北医療センター介護老人保健施設さくらの杜  
通所リハビリテーション

〒115-0053

東京都北区赤羽台4丁目17番56号

TEL03-5963-4187 Fax03-3907-2121

事業所番号1357081185

担当者 楠 裕一郎