

在宅リハビリ指導申込書

年 月 日

申込者氏名		所属名	
対象者氏名		住所	村上市
年齢	男 女	介護度	
主疾患		かかり付け病院 主治医	
整形定期受診	有・無	サービス利用状況	デイサービス・福祉用具 その他()
困っている事			
困り事の程度 困り事：例)膝の痛み ()	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>(痛みがない) (想像できる最大の痛み)</p>		
事業終了後の 目標とする生活 ※生活機能に注目して			
解決すべき課題			
目標達成のための 短期目標			
希望する指導内容 (○をつけてください)	①身体的なことや住環境について ・日常の運動指導 ・ADL 動作の指導 ・介助方法の指導 ・福祉用具の選択 ・住環境整備の助言		
※①と②の内容は担当 職種が異なるため 2 職種希望の際は下記 に○をつけてください。 (必要な方のみ)	②言語・摂食嚥下について ・食事の問題(食事形態・食べ方等) ・声・言葉の相談(呂律・発声等)		
2 職種希望→ 有	③サービス導入のきっかけ、助言		
希望する指導			

※ケースの基本情報・ケアプランを添付してください。