

在宅支援リハビリセンター 様

リハビリ専門職への相談及び同行訪問依頼書

記入日 平成 年 月 日

<b>依頼者氏名</b>			
<b>所属施設・事業所</b>			
<b>住所</b>	〒		
<b>TEL</b>			
<b>FAX</b>			
<b>相談内容</b> ※対象者の氏名(イニシャル含む)・住所・職業など個人の特定につながる情報の記載は、お控えください。			
<b>基本情報</b>	<b>年齢</b> 歳	<b>性別</b> 男 ・ 女	
<input type="checkbox"/> 介護保険要介護度(※)	非該当・事業対象者・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5・手続中		
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳等級(※)	なし・1級・2級・3級・4級・5級・6級・申請中		
<input type="checkbox"/> 障害種別等(※)	なし・身体(肢体・視覚・聴覚・内部・その他(知的・精神・発達))		
<b>障害名又は疾患名等</b>	( )		
<input type="checkbox"/> 障害程度区分(※)	非該当・1・2・3・4・5・6・手続中		
<b>同行訪問依頼は、原則、依頼者がかかりつけ医(主治医)に連絡します。</b>	<input type="checkbox"/> 連絡済み <input type="checkbox"/> 連絡予定(急を要するため) <input type="checkbox"/> 同行訪問後に連絡 <input type="checkbox"/> 連絡困難 <input type="checkbox"/> かかりつけ医が不明 <input type="checkbox"/> 連絡しても通じない <input type="checkbox"/> その他( ) (かかりつけ医の医療機関名 名前 )		
<b>治療中又は主たる疾病</b>	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (病名 )		
<b>日常生活の状態</b>	<input type="checkbox"/> ひとりで外出可 <input type="checkbox"/> 付き添いがあれば外出可 <input type="checkbox"/> 自宅周りのみ <input type="checkbox"/> 自宅内の生活 <input type="checkbox"/> 居室のみ生活 <input type="checkbox"/> ベッド周囲生活 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<b>相談内容</b>	<input type="checkbox"/> ケア会議の事例になるかた <input type="checkbox"/> ケアプラン作成するかた <input type="checkbox"/> 介護保険未申請でリハビリ専門職に相談したいかた <input type="checkbox"/> その他(リハビリ専門職が身体・認知機能状況を確認する必要のあるかた。) ( ) 簡単に状況と連絡事項をご記入ください。		
<b>日程調整</b>	折り返しのお電話の希望日・時間 (1) 月 日 ( ) 時頃 (2) 月 日 ( ) 時頃 ご訪問の希望日・時間 (1) 月 日 ( ) 時頃 (2) 月 日 ( ) 時頃		