

# 【通所リハビリテーションセンターすこやか】

## 申し込みに必要な書類

お申込みされる際は、下記の書類をご準備下さい。

- ・通所リハビリテーション 利用申込書
- ・アセスメント表
- ・診療情報提供書
- ・介護保険証

～デイケア利用開始までの一般的な流れ～

① 既に介護保険サービスをご利用の方は、担当のケアマネジャーに相談してください。



② ご都合の良い日に見学をします。

申込書の提出



③ 利用者・ご家族・ケアマネジャー・通所スタッフなどで今後の利用内容について検討します。(利用回数、日時、送迎など)



④ サービス担当者会議 利用契約(利用者宅に伺って契約します。)



⑤ 通所リハビリの開始

通所リハビリテーションセンターすこやか 利用申込書

令和 年 月 日

ふりがな	氏 名	性 別	男 ・ 女
ご利用者様 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 -	電話番号	( )
緊急連絡先	様 続柄( ) 電話番号 ( )		
	住所:		
主疾患		既往歴	
服薬			
要介護度	支1・2 / 介1・2・3・4・5 区分変更中	生活保護受給	有 ・ 無
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	要介護認定	新規申請 ・ 更新申請
居宅支援 事業者名		住所	
担当 ケアマネージャー	様	電話番号	
関係医療機関	病院	主治医	
最新退院日	年 月 日	電話番号	

【ご希望内容について】

ご利用時間	<input type="checkbox"/> 10時00分~11時30分 <input type="checkbox"/> 15時00分~16時30分 *土曜日は午前のみ
ご希望曜日	月・火・水・木・金・土 / 週 回希望 / 特に曜日の希望なし
送 迎	あり(一般車両・リフト有)・なし

【現在お困りのこと】

--

通所リハビリテーションセンターすこやか  
 担当: 豊田 愛  
 〒341-0028 埼玉県南蓮沼 330 番地 4

TEL: 048-953-5888

FAX: 048-953-5889

# アセスメント表

氏名

\_\_\_\_\_

～日常生活についてご記入ください～（該当項目に☑をつけて下さい）

## 1. 食事について

飲み込みはどうか	<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> ときどき詰まらせる	<input type="checkbox"/> よく詰まらせる
最近ムセることはありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし	
トロミを使用していますか	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない	
食べるときは	<input type="checkbox"/> 自分の歯	<input type="checkbox"/> 義歯	<input type="checkbox"/> 使用していない

## 2. ベッド上の動作について

起き上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> ベッド柵・ひもにつかまりできる
	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
座っていること	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> ベッド柵・ひもにつかまりできる
	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> ベッド柵・ひもにつかまりできる
	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない
寝返り	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> ベッド柵・ひもにつかまりできる
	<input type="checkbox"/> 介助があればできる	<input type="checkbox"/> できない

## 3. 麻痺について

麻痺は	<input type="checkbox"/> 上肢（右 左）	<input type="checkbox"/> 下肢（右 左）
拘縮は	<input type="checkbox"/> 右側（無し 肩 肘 膝 足 手）	
	<input type="checkbox"/> 左側（無し 肩 肘 膝 足 手）	

## 4. 移動方法について

移動は	<input type="checkbox"/> 1人で歩くことができる	<input type="checkbox"/> 杖やシルバーカーなどで歩ける
	<input type="checkbox"/> 手すりなどにつかまりできる	<input type="checkbox"/> 介助者が手を貸して歩ける
	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用する	

## 5. 排泄について

日中排泄は	<input type="checkbox"/> 1人でトイレに行ける	<input type="checkbox"/> 1人で尿器・ポータブルが使用できる	
	<input type="checkbox"/> 介助があればトイレ・ポータブルに排泄できる	<input type="checkbox"/> オムツ	
夜間排泄は	<input type="checkbox"/> 1人でトイレに行ける	<input type="checkbox"/> 1人で尿器・ポータブルが使用できる	
	<input type="checkbox"/> 介助があればトイレ・ポータブルに排泄できる	<input type="checkbox"/> オムツ	
尿・便意はありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> なし	
尿・便失禁はありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> なし	
排泄回数は	日中)	夜間)	
オムツの種類は何ですか	日中) <input type="checkbox"/> テープ式	<input type="checkbox"/> 尿とりパット	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ
	夜間) <input type="checkbox"/> テープ式	<input type="checkbox"/> 尿とりパット	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ

6. 服の脱ぎ着について

服の脱ぎ着について	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 多少の介護が必要	<input type="checkbox"/> すべて介助が必要
-----------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

7. 入浴について

入浴について	<input type="checkbox"/> 自分で洗うことができる	<input type="checkbox"/> 多少の介助が必要	<input type="checkbox"/> すべて介助が必要
入浴形態	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 機械浴	

8. 視力について

視力は	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 見えにくい
	<input type="checkbox"/> メガネを使用すれば見える	<input type="checkbox"/> 全く見えない

9. 聴力について

聴力は	<input type="checkbox"/> 生活に支障はない	<input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる
	<input type="checkbox"/> 補聴器を使用すれば聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない

10. 夜間について

夜間は	<input type="checkbox"/> よく眠っている	<input type="checkbox"/> 時々起きる	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
眠剤は使用していますか	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 必要時	<input type="checkbox"/> 使用しない

11. 体調について

現在行なっている処置は	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

12. 周辺症状について

<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 暴力行為	<input type="checkbox"/> 過食・異食
<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 夜間徘徊	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 不穏行為	<input type="checkbox"/> 意欲低下	<input type="checkbox"/> 大声
<input type="checkbox"/> 老人性そう・うつ病	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 介護抵抗			

ADL 状態	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
認知状態	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

日常生活情報

生活状況(日課)	1日の日課について(起床・食事・排泄・日中の過ごし方・就寝)				
	0時	6時	12時	18時	24時
	喫煙歴	有・無	飲酒歴	飲む 飲まない	回 / 週・月
性格・職業					
趣味・楽しみ					

ご記入ありがとうございました