

めぐろリハビリセンター 受付表（1）

受付日時	令和 年 月 日（ ）	面接日時	令和 年 月 日（ ）
氏名		年齢	性別 男 女
生年月日	M · T · S 年 月 日	才	
介護度	未認定 支援1 支援2	介護1 介護2 介護3	介護4 介護5
住所	〒 電話番号		
緊急連絡先	氏名 続柄 電話番号		

主治医	病院名	医師名	科
	住所	TEL	

診断名	1.	発症年月日	年	月	日
	2.	発症年月日	年	月	日
	3.	発症年月日	年	月	日
	4.	発症年月日	年	月	日
	5.	発症年月日	年	月	日

投薬内容・治療内容・特別な医療

他科及び主治医以外の医療機関受診状況（直近1年間、入院、慢性疾患等）

心身の状態

日常生活の自立度等について
 障害高齢者の日常生活自立度
 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度
 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV V

認知症の中核症状
 短期記憶 問題なし 問題あり
 日常の意思決定を行う為の認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
 自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

認知症の周辺症状
 なし あり 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他（ ）

その他の精神・神経症状
 なし あり（症状名 ） 専門医受診の有無 なし あり

めぐろリハビリセンター 受付表 (2)

氏名 _____

事業所名		TEL
ケアマネジャー氏名		FAX

希望日・通所方法	希望日 月 (AM・PM)	火 (AM・PM)	水 (AM・PM)
	木 (AM・PM)	金 (AM・PM)	土 (AM・PM)
	送迎希望	自力通所	家族送迎

基礎疾患の有無

心臓疾患 なし ある(症状名))ペースメーカーの有無 なし ある
 脳血管障害 なし ある(症状名))糖尿病 なし ある
 高血圧症 なし ある(服薬の有無 なし ある) 血圧 /
 骨粗鬆症 なし ある 肝臓疾患 なし ある 腎臓疾患 なし ある 水分制限 なし ある
 疼痛部位 なし ある (首・肩・肘・手首・腰・膝・足首)
 骨折部位 なし ある(部位))体内に金属 なし ある(部位))

日常生活活動	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器	
		<input type="checkbox"/> 伝い歩き		<input type="checkbox"/> 車椅子 (自操・介助)	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢) その他 ()		
	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (肩右・左 肘右・左 手関節右・左 股関節右・左 膝右・左 足関節右・左)		
	立位	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 不可	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	理解力	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし	<input type="checkbox"/> やや支障あり	<input type="checkbox"/> 支障あり	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 他者に支障なし	<input type="checkbox"/> やや支障あり	<input type="checkbox"/> 支障あり	
	聴力	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい(右・左)	<input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左)	
			<input type="checkbox"/> 補聴器あり		
	視力	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	
			<input type="checkbox"/> メガネ	<input type="checkbox"/> その他	
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> やや支障あり		
		<input type="checkbox"/> 支障あり()			
	会話	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> やや聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 困難	
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> セッティングのみ	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
服薬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
嚥下	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 低下			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 浴槽	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> その他	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> 便器	
	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿パット		
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ			

パーソナル情報	職歴	趣味	家族構成
めぐろ記入欄			
			他の介護福祉サービス