

ミレニアム桜台 通所リハビリテーション

申し込み～ご利用開始までの流れ

- 1 担当 CM 様より空き状況の問い合わせ
- 2 施設見学（ご希望あれば送迎も致します）
- 3 診療情報・アンケートを提出
- 4 判定会議
- 5 ご自宅にて契約
- 6 利用開始

#判定会議は通常毎週（月）に行っています。

ご不明な点などありましたら、下記まで
お問い合わせ下さい。

ミレニアム桜台 通所リハビリテーション

☎5946-5508 相談員 島田あゆみ

利用申込書

令和 年 月 日

本人	フリガナ		男・女	生年月日	明大昭	年	月	日
	氏名						()歳
住所	〒				電話番号			
					()	-	

連絡先1	フリガナ			続柄		
	氏名			自宅		
	住所	〒			FAX	
					携帯等	
勤務先		勤務先電話				
連絡先2	フリガナ			続柄		
	氏名			自宅		
	住所	〒			FAX	
					携帯等	
勤務先		勤務先電話				

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()									
利用希望	<input type="checkbox"/> 一般入所	年	月	日	から	1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月				
		(1人・2人・4人)			部屋希望					
	<input type="checkbox"/> 短期入所	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
	(1人・2人・4人)			部屋希望						
<input type="checkbox"/> 通所	週	日	(月 火 水 木 金 土)							
送迎希望 (有・無) 入浴希望 (有・無) リハビリ希望 (有・無)										

◇保険証等の種類について

介護保険証	被保険者番号	保険者番号	
	要介護区分	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	
負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> その他()		
健康保険の種類	社会保険 (本人・家族)	国民健康保険 (本人・家族)	その他 ()
後期高齢者医療被保険者証	被保険者番号	保険者番号	
障)医療証	受給者番号	保険者番号	
都)医療証	受給者番号	保険者番号	
身体障害手帳	() 都道府県 第 号 種 級 取得年月日 : 年 月 日 傷病名 :		

診 療 情 報 提 供 書

氏名	様 (男・女)	明・大・昭	年	月	日	歳
住所						
電話 ()						
【診断】						
【治療経過】						
【既往歴】						
【処方】						
身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
アレルギー	無・有 ()			疥癬	(- ・ +)	
総合意見	ご本人の状態から、老人保健施設における (デイケア ・ ショートステイ) の 利用は ① 可能である ② 適当でない					
年 月 日		医療機関名				
		所在地				
		電 話				
		医 師 名				

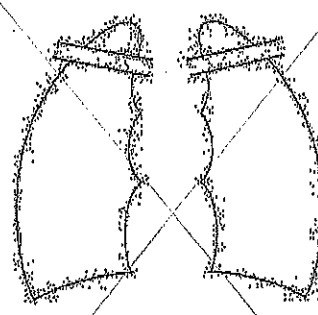
※ 上記項目については可能な限りご記入いただくようお願い申し上げます

介護老人保健施設 ミレニウム桜台
 〒176-0002 東京都練馬区桜台2-1-13
 TEL03-5946-5508 FAX03-5946-3785

診療情報提供書2

(練馬区介護老人保健施設共用)

COVID-19 用

ふりがな 氏名	生年月日 様(男・女) 明治・大正・昭和	年齢 年 月 日 (歳)
胸部 CT	PCR 検査 (- ・ +)	
1. 異常なし 2. 異常あり (所見)  撮影日 年 月 日	抗原検査 (- ・ +)	
	抗体検査 (- ・ +)	
	施設・病棟に	
		COVID-19 の患者・利用者 (無 ・ 有) COVID-19 の職員 (無 ・ 有) 濃厚接触者の患者・利用者 (無 ・ 有) 濃厚接触者の職員 (無 ・ 有)
【利用者下記症状の有無】		【特記すべき事項】
咳 (無 ・ 有) 鼻水 (無 ・ 有) 味覚異常 (無 ・ 有) 臭覚異常 (無 ・ 有) 2週間以内の発熱 (無 ・ 有)		
上記のとおり証明します。 年 月 日		医療機関名 住 所 電話番号 医師名
		印

*検査は、必須ではありません。

生活面における情報提供書

(ご本人に関する基本情報を整理する趣旨の書類です。)

①ご本人を中心とした三親等範囲内のご家族構成をお聞かせください。

記入例：妻 ○○子（○年前に死別）
 長男 ○○男（○才・同居）
 長男嫁 ○○子（○才・同居）
 孫 ○○男（○才・同居）
 長女 ○○子（○才・別居で○○県○○市在住）

②ご本人の今日までの生活歴を古い順にお聞かせください。

記入例：東京都○○区で出生。○○大学卒業後に○○会社勤務。○年に○○
 区へ転居。○年に結婚。○年に定年退職後は妻と2人暮らしで現在
 に至る。

生活面における情報提供書

(ご本人に関する基本情報を整理する趣旨の書類です。)

③ご本人の性格や人物像についてお聞かせください。

④日常における余暇の過ごし方、嗜好、趣味などについてお聞かせください。

⑤現在直接の障害となっている傷病についての経緯をお聞かせください。

記入例：〇〇年〇月に転倒して骨折、〇〇病院へ入院し手術を実施。〇〇月退院後に〇〇施設へ入所しリハビリを実施、〇〇月退所後は自宅にて現在療養中。

⑥今回入所をご希望される理由をお聞かせください。

記入例：リハビリを継続したい、自宅の介護基盤を整備したい、介護者が不在になる為一時的に入所させたい・・・

⑧これまでの既往歴についてお聞かせください。

記入例：68才時（平成10年頃）脳梗塞 〇〇病院にて治療

アンケート

No.1

お名前 利用希望者:

記入者:

◇かかりつけの病院はありますか？

名 称	科	医 師 名	T E L	病 名

◇これまで大きな病気や怪我をなさいましたか？

いつ(年齢)	病 名	症 状	治療先(病院名など)

◇入所中、容体急変時の緊急受入先をご指定ください。

医 療 機 関 名	科	担当医師名	T・E・L

◇お食事に関することをお聞かせください。

歯について	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯(全部・部分) <input type="checkbox"/> 自分の歯は無いが入れ歯使用せず		
飲み込み	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ときどきむせる <input type="checkbox"/> よくむせる		
食 欲	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> むらあり <input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> その他()		
食事の形態	主 食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> その他()	
	副 菜	<input type="checkbox"/> 形のまま <input type="checkbox"/> きざんで <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
食べ方	<input type="checkbox"/> ご自分で <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 少し手助けが必要 <input type="checkbox"/> ご自分では無理		
道 具	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> 吸い飲み <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> すべり止めマット <input type="checkbox"/> 自器具 <input type="checkbox"/> その他()		
アレルギー嗜好	<input type="checkbox"/> 乳製品 (可・不可) <input type="checkbox"/> 麺 類 (可・不可) <input type="checkbox"/> パ ン (可・不可) <input type="checkbox"/> その他 ()		
好きな食べ物			
医師から制限されている食べ物・飲みもの	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> カロリー <input type="checkbox"/> その他)		

◇お身体の状態についてお聞かせください。

聴こえ	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 耳元でなら <input type="checkbox"/> 大声で <input type="checkbox"/> 聴こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用			
見え	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 大きな文字なら <input type="checkbox"/> 歩行に支障有り <input type="checkbox"/> 眼鏡使用(常時・時々)			
言葉	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 言葉が上手く話せない <input type="checkbox"/> 話すことが出来ない)		
	麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足) 利き手 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
関節の曲げ伸ばし	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 角度に制限有り <input type="checkbox"/> 出来ない			
	部 位	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 手指		

お名前 利用希望者:

記入者:

◇日常生活についてお聞かせください。

寝返り	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 少し手伝えば出来る	<input type="checkbox"/> 出来ない
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> つかまれば出来る	<input type="checkbox"/> 少し手伝えば出来る <input type="checkbox"/> 出来ない
座る	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 自分で支えて出来る	<input type="checkbox"/> 支えが無いと不安定 <input type="checkbox"/> 出来ない
立つ	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 自分で支えて出来る	<input type="checkbox"/> 支えが無いと不安定
	<input type="checkbox"/> 補助具が必要	<input type="checkbox"/> 出来ない	
歩く	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> つたい歩きで	<input type="checkbox"/> 手を引いて <input type="checkbox"/> 杖で
	<input type="checkbox"/> 歩行器で	<input type="checkbox"/> 車椅子が必要	<input type="checkbox"/> 歩けない
睡眠	<input type="checkbox"/> 良く眠れる	<input type="checkbox"/> 短時間で目が覚めることが有る	
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転することが有る	<input type="checkbox"/> その他()	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(昼・夜) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(昼・夜) <input type="checkbox"/> オムツ(昼・夜) <input type="checkbox"/> ロリハピリパンツ(昼・夜)		
	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
	排尿後の後始末	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 少し手伝えば出来る	<input type="checkbox"/> 出来ない
	排便後の後始末	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 少し手伝えば出来る	<input type="checkbox"/> 出来ない
着替え	服を着る	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 手助けが必要 <input type="checkbox"/> 出来ない
	服を脱ぐ	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 手助けが必要 <input type="checkbox"/> 出来ない
	着脱の順番	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 手助けが必要 <input type="checkbox"/> 出来ない
	<input type="checkbox"/> その他()		
入浴	<input type="checkbox"/> 自分で出来る	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 手助けが必要
	<input type="checkbox"/> 全面的に介助が必要		

◇精神の状況についてお聞かせください。

○以下の項目で該当するものにチェックをお願いします。

- こちらの指示を理解出来る。 身の周りの清潔が保てる。
現実起きていないことを起きたと思い込む。
大きな声を出したり、暴言を吐くことがある。
自分の意志を伝えることができる。
色々な物を集めたり、無断で持ってくることもある。
食べ物以外の物を食べようとするものがある。
現在の自分の居る場所を理解している。 暴力的な行動をとることがある。
介護や指示に抵抗を示すことがある。 計画を立てて行動をすることができる。
理由もなく感情の起伏が激しくなることがある。
周囲が迷惑するような性的な行動をとることがある。
食事をしたことを忘れることがある。 金銭の管理ができる。
日時の感覚がしっかりしている。 不潔な行為をすることがある。
ご自分の年齢を言うことができる。 ご自分の名前を言うことができる。
他人と家族との区別をつけることができる。

○その他気にかかる行動などございましたらご記入ください。

◇ご本人のことについて知らせておきたいことなどございましたらご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

介護老人保健施設 ミレニアム桜台

通所リハビリテーションを希望される方へ

利用者氏名	性別	生年月日	介護度
様()歳	男・女	年 月 日生	

当施設では個別リハビリテーションもしくは集団リハビリテーションを実施するにあたり、ご本人様に有効的にサービスが提供できるよう、ご本人様の実際の生活状況を把握することでリハビリテーションに関する計画を立案しております。

以下の設問への回答にご協力をお願い致します。知らない・わからない部分は空欄で構いません。

以下、ご本人様について該当する箇所には○をつけてください

1. 身の回りの活動(ADL)の状況について教えてください				
食事について	一人で食べることができる	配膳後におかずを切る等の準備や手伝いが必要		全てに手伝いが必要
乗り移りの動作について (椅子からベッド、その逆など)	できている	傍に人がいて、軽く手を貸してもらえればできる		自分では移動できない
身だしなみを整えることについて (洗顔、整髪、歯磨き、化粧/髭剃り)	一人でできている			手伝いが必要 または できない
トイレ動作について	一人でできている	ズボンの上げ下げや後始末に手伝いが必要		できない もしくはオムツ等を使用
入浴について	一人でできている	一部分に手伝いが必要		全てに手伝いが必要 自宅では入れない
自宅の中を歩くことについて	一人で歩くことができる (杖や伝い歩きでも可)	傍に人がいて、軽く手を貸してもらえればできる	歩けないが、一人で車椅子を操作して動くことができる	自分で移動することができない
階段昇降について	一人でできる (手すりを使っても良い)	傍に人がいて、手を貸してもらえればできる		階段昇降はできない
自分での着替えについて	一人でできている	一部分に手伝いが必要		全てに手伝いが必要
お通じ(排便)について	一人でできている (座薬や下剤を使うこともできる)	手伝いが必要 または 時々失敗がある		できない もしくはオムツ等を使用
お小水(排尿)について	一人でできている (しびんなどを使うこともできる)	手伝いが必要 または 時々失敗がある		できない もしくはオムツ等を使用

2. ご自宅での活動の状況(IADL)について教えてください				
食事の用意(料理を作る) ※レンジで温める等も該当します	週3回以上行っている	週1~2回程度行っている	まれに行っている	していない
食事の片づけ ※皿洗いや食器棚へ運ぶ等、家族の手伝いがあっても行っているかどうか	週3回以上行っている	週1~2回程度行っている	まれに行っている	していない
洗濯や洗濯物をたたむ	週1回以上行っている	週1未満行っている	まれに行っている	していない
掃除や整理整頓	週1回以上行っている	週1未満行っている	まれに行っている	していない
力仕事	週1回以上行っている	週1未満行っている	まれに行っている	していない
買い物	週1回以上行っている	週1未満行っている	まれに行っている	していない
外出 (散歩や通院を含む)	週1回以上行っている	週1未満行っている	まれに行っている	していない
屋外での歩行	週1回以上行っている	週1未満行っている	まれに行っている	していない
趣味活動	週1回以上行っている	週1未満行っている	まれに行っている	していない

2. ご自宅での活動の状況(IADL)について教えてください(※前ページからの続き)

交通手段の利用 (電車・バス・タクシー)	週1回以上 利用している	週1未満 利用している	まれに利用している	利用していない
運転 (自転車・車)	週1回以上 運転している	週1未満 運転している	まれに運転している	運転はしていない
旅行	週1回以上 行っている	週1未満 行っている	まれに行っている	していない
庭仕事	植え替えなども 行っている	定期的に行っている	時々行っている	していない
車や家の手入れ	家の修理 車の整備 等	模様替えや洗車など	電球の取り換えや ねじ締めなど	していない
読書	月2回程度	月1回程度	まれに行っている	読んでいない
仕事	週30時間以上	週10~29時間以上	週1~9時間以上	していない
服薬管理	自分で管理できる	飲む薬を準備して もらえれば飲める	袋から出して もらえれば飲める	自分で管理できない

6. ご家族のこと、ご自宅の環境について教えてください

1) 同居家族 ※該当する箇所に○をつけてください

1. 単身 2. 夫婦のみ 3. 本人+家族() 4. その他() 合計()人

介護者(有・無) 主な介護者の続柄()

2) 家屋状況 ※該当する箇所に○をつけてください

1. 戸建(持ち家) 2. 戸建(借家) 3. 集合住宅(持ち家) 4. 集合住宅(借家)

主に()階で生活 エレベーター(有・無) 階段の使用(有・無)

居室(専用・共用)(和室・洋室): 約()畳

玄関前の段差(有・無) 手すり(設置場所:)

食卓(座卓・テーブル/椅子)

トイレ(洋式・和式・ポータブルトイレ) その他()

3) 身長(cm) 体重(kg)