

介護老人保健施設 康楽苑
訪問リハビリテーション利用申込書

NO. 1

記入日 : 令和 7 年 月 日

対象者名	フリガナ	住所	〒
	様 (男 女)		
	明・大・昭 年 月 日 才		
		電話番号()	

1. 基本利用者情報

介護保険	保険者番号	被保険者番号	
	要介護度	要支援 1・2 要介護 ①・2・3・4・5 区分変更中	
	認定日	令和 年 月 日	
	認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
主治医または かかりつけ医	医療機関名	電話番号:	
	医師名	診療科:	
	診察頻度	診療方向 (外来受診・往診)	
緊急連絡先	①	フリガナ 氏名	続柄 () 様 電話番号 ()
	②	フリガナ 氏名	続柄 () 様 電話番号 ()
	③	フリガナ 氏名	続柄 () 様 電話番号 ()
感染症	☐ なし ☐ あり ()		
公費受給状況	☐ なし ☐ 生活保護費 ☐ 特定難病医療費 ☐ 特定疾病医療費		
利用中 のサービス	☐ ショートステイ ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ヘルパー ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 福祉用具		
現在の状況 最近の経過	☐ 自宅 ☐ 入院(入所)中 ☐ その他 ()		
	医療機関(診療科目)・施設名:		
	退院(所)日 : 令和 年 月 日 退院(所) ①・予定		
	※「自宅」に☑した方は、この1年以内に入院(所)した期間がある場合はその際の情報をご記入ください。 【病名・既往歴等、最近の経過: リハビリテーションを必要とするに至った経緯を必ずご記入下さい】		
【内服薬】 *薬剤情報などを添付して頂いても結構です。			

ADL	移動	(自立) ・ 一部介助 ・ 全介助	(歩行補助具の有無、種類)		
	食事	(自立) ・ 一部介助 ・ 全介助	療養食(有・無)		
	排泄	(自立) ・ 一部介助 ・ 全介助			
	更衣	(自立) ・ 一部介助 ・ 全介助			
	入浴	(自立) ・ 一部介助 ・ 全介助			
	服薬	(自立) ・ 一部介助 ・ 全介助	意思疎通		
	その他				
日常生活 自立度	寝たきり度	J1 ・ (J2) ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
	認知症	無し ・ I ・ (IIa) ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
家族構成			介護者の 状況	同居：	
				同居以外：	

2. 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）情報

事業所名	事業所番号：		
担当者			
連絡先	〒	電話番号：	FAX番号：

3. 訪問リハビリテーション情報

利用希望日	週 回	月 ・ 火 ・ (水) ・ 木 ・ 金	曜日指定なし
	サービス介入時間	(: ~ :)	
要望	本人様 家族様		
	ケアマネー ジャー		

※点線枠内は当方にて記載いたします。ご記入は不要です。

- ☐ 訪問リハビリ ☐ 介護予防リハ ☐ 体制強化加算Ⅰ ☐ 体制強化加算Ⅱ ☐ 退院時共同指導加算
☐ 短期集中 ☐ 認知症短期集中 ☐ リハマネ加算(イ) ☐ リハマネ加算(ロ) ☐ リハ会での医師からの説明
☐ 移行支援加算 ☐ 口腔連携 ☐ 診療未実施減算 ☐ 12か月減算

受付日：令和 7年 月 日

開始日(加算起算日)：令和 7年 月 日

内容を確認させていただき、改めてこちらからご連絡申し上げます。

社会医療法人智徳会 介護老人保健施設康楽苑（訪問リハビリテーション）

〒020-0401 岩手県盛岡市手代森9-64-2 / TEL 019-696-5811