

訪問リハビリ 新規利用依頼 フェースシート

事業所番号：1115100565 ※依頼年月日： 年 月 日（ 時 分頃）

ふりがな				性別	男性 / 女性	明治・大正・昭和			歳
氏名						年 月 日			
住所						電話番号			
介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5						
事業所名						担当者	※フルネームで記入してください		
	TEL				FAX				
主治医						医師名	※フルネームで記入してください		
被保険者番号				認定日	令和 年 月 日				
認定有効期間	令和 年 月 日		～		令和 年 月 日				
駐車スペース	有・無		負担割合	1割・2割・3割・生保					
疾病名				既往歴等					
発症日及び受傷日	年 月 日			退院(所)日	年 月 日				
訪問リハビリ依頼に至った経緯									

利用者様のプロフィール	他のサービス	有り	無し	ご家族構成					
		頻度（曜日、時間など）		家系図…			詳細…		
	デイサービス								
	デイケア								
	訪問看護								
	訪問診療								
	訪問歯科								
	訪問マッサージ								
	その他（ヘルパー等）								
	医療的処置								

現状の生活機能		自立	見守り	介助	非実施	コメント
	セルフケア					
	食事・飲水					
	排泄（昼夜）					
	室内移動					
	入浴					
	コミュニケーション					
	家事動作					
	社会参加・交流					
	外出機会					
その他						

ご希望等	ご本人								
	ご家族								
	リハビリの目標等								

※目標を具体的にご記入下さい。