

依頼票

ご本人様の情報(プライバシー情報のFAXですので氏名の記載は不要です)

・生年月日 生・年齢 歳 ・性別 男・女 要介護度

・お住まいの地域 世田谷区 丁目

依頼者(事業所名)
 居宅介護支援事業所名 TEL ()
 担当者 FAX ()

依頼内容 家族構成

希望サービス
通所リハビリテーション…… 曜日 週 回
 送迎希望 なし あり
訪問リハビリテーション

診断名 現況 在宅 入院中
 医療機関名…

主治医 退院予定 年 月 日
 …当事業所利用に関する了解 あり なし
 名称 施設などへの通所 なし あり
 担当医師氏名 週 回 曜日
 TEL これまでのPT・OTの関与 なし あり

ADLチェックリスト	完全自立	条件付自立	監視、準備が必要	25%以下介助	25-50%未満介助	50-75%未満介助	75%以上介助
食事 食べ物を口まで運び、咀嚼し、嚥下するまでを含めた食事動作	【7】	【6】 特殊な食器を利用	【5】 エプロンをつけるなど	【4】 残った食べ物をかき集める	【3】 スプーンにすくえば口に運べる	【2】	【1】 経管栄養で管理を完全に任せている
清拭 風呂、シャワーなど、首から下を洗って拭く。(背中を除く)	【7】	【6】 シャワーチェア利用	【5】 タオルを絞るお湯の温度調整	【4】 お尻だけ洗う	【3】	【2】 体を全部拭いてもらう	【1】
下半身更衣 腰より下の更衣および義肢装具の装着	【7】	【6】	【5】 装具だけ手伝う(例外)	【4】 ボタンやジッパーを介助 靴紐だけ結ぶ	【3】 靴と靴下は介助	【2】	【1】
排尿 排尿の管理(シーツやズボンを汚すことを「失敗」と定義)	【7】 人工透析で排尿無し	【6】 吸収パッド利用(交換自立) 薬物使用	【5】 尿器を用意 カテーテルだが自己管理	【4】 失敗するが週1回未満	【3】 失敗するが1日1回未満	【2】 毎日失敗 おむつ交換を頼める	【1】 おむつ、集尿袋の処理を完全にまかしている
移乗 ベッド/椅子/車椅子の間の移乗(立ち上がりを含む)	【7】	【6】 手すりが必要	【5】 見守りが必要	【4】 軽く触れる程度	【3】	【2】 身体を持ち上げながら回す	【1】
歩行/車椅子 屋内での歩行、または車椅子での移動	【7】 50m歩行自立	【6】 手すりや杖が必要 車椅子自立	【5】 15mなら自立 監視で50m移動可能	【4】 触れる程度で50m	【3】	【2】 触れる程度で15m	【1】
階段 12~14段の階段昇降	【7】 12~14段自立	【6】 手すりや杖が必要	【5】 4~6段なら自立	【4】 触れる程度で12~14段	【3】	【2】 触れる程度で4~6段	【1】

コミュニケーション

点数表…100%を自立としてチェックする	通所リハ依頼目標	訪問リハ依頼目標
【6】時間、安全への配慮や補装具が必要	【 】安定した基本動作の獲得 (起居、椅子からの立ち上がり、移乗)	【 】移動能力の改善
【5】監視、促し、準備が必要	【 】歩行能力の維持向上	【 】トイレ動作の見直し
【4】75%以上自分で行う	【 】身の回り動作の実践	【 】入浴動作の見直し
【3】50%以上75%未満自分で行う	【 】家事動作の獲得	【 】介助方法の指導
【2】25%以上50%未満自分で行う	【 】余暇活動の創出	【 】外出手段の検討
【1】25%未満しか自分で行わない	【 】社会参加の促進(交通機関の利用)	【 】座位の獲得
	【 】(基本的)体力の維持向上	【 】コミュニケーション能力の理解と手段の工夫
	【その他】	【その他】

依頼票を受け取りましたら、担当者よりご連絡申し上げます。