

リハビリ職同行訪問申込書 兼 報告書【アセスメント】

① 申し込み (センター記載欄)	基本	担当センター	地域包括支援センター	ケースNo	-
		担当者氏名		TEL	
		訪問希望日時	① 月 日 時	② 月 日 時	③ 月 日 時
対象者	フリガナ		住所	船橋市	
	氏名				
	性別		介護度	生年月日	年 月 日 歳
依頼内容	状況				
		運動・移動	具体的内容		
		日常生活			
		コミュニケーション			
		健康管理			
		認知機能			
	その他				

② 報告 (リハビリ職記載欄)	報告書作成日	令和 年 月 日	事業所名			
	訪問日時	令和 年 月 日	訪問者	職種 氏名		
	リハビリテーション基本情報					
	禁忌・配慮事項	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他()				
	身体機能	運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> その他()			
		筋力低下	右	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		
			左	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		
		感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
		身長: _____ cm				
		痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
		体重: _____ kg				
		BMI: _____				
	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	呼吸循環機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	コミュニケーション	コミュニケーション障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他()				
	高次脳機能障害	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 ()			
		その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> うつ症状 <input type="checkbox"/> その他()			
	動作・移動	介助必要度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> その他()			
		要介助動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 起居 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 日常生活動作			
要介助内容		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 排泄				
		<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他 ()				
屋内歩行補助具		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖() <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他				
屋外歩行補助具		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 杖() <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他				
連続移動距離		<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 100m以上 <input type="checkbox"/> 50m以上 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 10m以上 <input type="checkbox"/> 10m未満 <input type="checkbox"/> 移動不可 5m歩行 (分 秒)				
開眼片脚立ち	<input type="checkbox"/> 右 秒 <input type="checkbox"/> 左 秒 ()					
特記事項						

項目		内 容	ケアプラン図の影響	
リハビリ職記載欄	本人、家族の 思い・興味関 心		—	
	生活行為を妨げる因子	心身機能		—
		活動参加		—
		環境因子		—
		健康管理		—
	ケアマネジャー記載欄	現状能力 (活かせる能力)		—
	予後予測 (リスク改善 可能性)		—	
	改善・予防の ポイント		—	

ケアマネジャー記載欄	助言後の反映ポイント

リハビリ職同行訪問申込書 兼 報告書【サービス担当者会議】

① 申し込み（ケアマネジャー記載欄）	基本	担当センター	地域包括支援センター	ケースNo	-
		ケアマネジャー氏名		TEL	
		訪問希望日時	① 月 日 時	② 月 日 時	③ 月 日 時
	対象者	フリガナ 氏名	住所	船橋市	
	性別	介護度	生年月日	年 月 日	歳
	状況				
	依頼内容	運動・移動 日常生活 コミュニケーション 健康管理 認知機能 その他	具体的内容		

② 報告（リハビリ職記載欄）	報告書作成日	令和 年 月 日	事業所名			
	訪問日時	令和 年 月 日	助言者	職種	氏名	
		: ~ :	TEL			
	担当者会議参加者 (氏名・事業所名) ※本人・CM・助言者以外	①	②	③	ケアプランへの影響	
		④	⑤	⑥		
	※本人・家族の強み、目標、生活上の配慮点、各支援者の支援上の留意点などをご記入ください。					
	1 本人・家族					ケアマネジャー記載欄
	運動・移動 日常生活 コミュニケーション 健康管理 認知機能 その他					
	2 サービス提供事業所					
	運動・移動 日常生活 コミュニケーション 健康管理 認知機能 その他					
3 サービス提供事業所						
運動・移動 日常生活 コミュニケーション 健康管理 認知機能 その他						
4 福祉用具業者						
運動・移動 日常生活 コミュニケーション 健康管理 認知機能 その他						

ケアマネジャー記載欄	プランへの反映・ポイント

リハビリ職同行訪問申込書 兼 報告書【評価】

① 申し込み (センター記載欄)	基本	担当センター	地域包括支援センター	ケースNo	-
		担当者氏名		TEL	
		訪問希望日時	① 月 日 時	② 月 日 時	③ 月 日 時
対象者	フリガナ		住所	船橋市	
	氏名				
	性別		介護度	生年月日	年 月 日 歳
依頼内容	状況				
		運動・移動	具体的内容		
		日常生活			
		コミュニケーション			
		健康管理			
		認知機能			
	その他				

② 報告 (リハビリ職記載欄)	報告書作成日	令和 年 月 日	事業所名			
	訪問日時	令和 年 月 日	訪問者	職種 氏名		
	リハビリテーション基本情報					
	禁忌・配慮事項	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他()				
	身体機能	運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> 失調 <input type="checkbox"/> その他()			
		筋力低下	右	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		
			左	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		
		感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
		身長: _____ cm				
		体重: _____ kg				
		BMI: _____				
		痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	呼吸循環機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	コミュニケーション	コミュニケーション障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他()				
	高次脳機能障害	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 ()			
		その他 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> うつ症状 <input type="checkbox"/> その他()			
	動作・移動	介助必要度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声掛け <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> その他()			
		要介助動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 起居 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 日常生活動作			
要介助内容		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 排泄				
		<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他 ()				
屋内歩行補助具		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖() <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他				
屋外歩行補助具		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 杖() <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他				
連続移動距離		<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 100m以上 <input type="checkbox"/> 50m以上 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 10m以上 <input type="checkbox"/> 10m未満 <input type="checkbox"/> 移動不可 5m歩行 (分 秒)				
開眼片脚立ち	<input type="checkbox"/> 右 秒 <input type="checkbox"/> 左 秒 ()					
特記事項						

項目		内 容	ケアプランの影 響	
リハビリ職記載欄	本人、家族の 思い・興味関 心		—	
	生活行為を妨げる 因子	心身機能		—
		活動参加		—
		環境因子		—
		健康管理		—
	ケアマネジャー記載欄	現状能力 (活かせる能力)		—
	予後予測 (リスク改善 可能性)		—	
	今後の目標・ 課題		—	

ケアマネジャー記載欄	助言後の反映ポイント