出張リハビリ相談　依頼シート

施設名：　　（記入者；　　）
記入日：　　年　　月　　日

1．症例基本情報

名前(ｲﾆｼｬﾙ)：　　性別：男　/　女　　年齢：　　介護度：要介護　　/要支援

疾患名：

2．相談内容

相談したい項目に☑チェックをつけて下さい

□全身状態や病気に関する問題（息切れ・動悸・痰のごろつき・むくみ、疾患による問題点・不安な点など）
□食事に関する問題(ムセ・飲み込みの悪さ・食べ方の問題など)
□拘縮 やポジショニングに関して　　□排泄・入浴など生活場面に関して
□歩行や段差昇降など移動に関して　　□福祉用具やサービス利用に関して
□その他

具体的な内容（簡潔で構いません　例;ムセが強く現在の食事で良いか？ ふらつきが強く杖歩行で良いか？など）

・

3．身体機能など

〈障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度)〉　当てはまる状態 1 つに☑ チェックをつけて下さい

□J1 交通機関を利用し外出可　　□J2 隣近所へなら外出可
□A1 介助により外出可、日中はほとんどベッド外　　□A2 外出頻度少なく、日中も寝たり起きたり
□B1 車椅子に座り食事・排泄はベッドから離れる　　□B2 介助により車椅子へ座る
□C1 自力で寝返りが出来る　　□C2 自力で寝返りも出来ない

〈認知症高齢者の日常生活自立度〉　当てはまる状態 1 つに☑ チェックをつけて下さい（※自立の場合不要）

□Ⅰ　何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立
□Ⅱa 日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても誰かが注意していれば自立
□Ⅱb 日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが家庭でみられるが誰かが注意していれば自立
□Ⅲa 日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護が必要
□Ⅲb 日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが夜間にも見られ、介護が必要
□Ⅳ　日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護が必要
□M　著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療が必要