

患者様 氏名 : _____ 様

リハビリテーション開始にあたってのお願い

当院では、在宅復帰を目指して‘患者様の症状’や‘退院後に生活されるご自宅の状況’に合わせたリハビリテーションを実施します。
つきましては、下記必要書類をご提出くださいますようお願いいたします。

【ご提出書類】	①家屋状況についての調査票（本紙） ②居間と寝室の見取り図（別紙） ③家屋状況が分かる写真（下記 2～9の項目について確認できる写真）
----------------	---

《家屋状況についての調査票》

※. あてはまる項目にチェック (☑) を入れて下さい。

1.住宅状況	・以前、介護保険を利用した住宅改修をされたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・住居形態 <input type="checkbox"/> 戸建住宅 (階建て) <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階) ・エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・階段手すり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・住宅改修 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・築年数 (年)
現在、手すりをつけておられる場所があれば、ご記入ください。	
2.玄関前のアプローチ	・段差 (段) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (cm)
3.玄関	・ドアの形式 <input type="checkbox"/> 内開き <input type="checkbox"/> 外開き <input type="checkbox"/> 引き戸 ・上りかまちの高さ (cm)
4.自宅内の階段	・使用の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・階段の高さ (cm) ・手すり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
5.日中過ごす部屋 <input type="checkbox"/> 寝室と併用 <input type="checkbox"/> 居間	・ドアの形式 <input type="checkbox"/> 内開き <input type="checkbox"/> 外開き <input type="checkbox"/> 引き戸 ・段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・床 <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> カーペット (cm)
6.寝室	・ドアの形式 <input type="checkbox"/> 内開き <input type="checkbox"/> 外開き <input type="checkbox"/> 引き戸 ・段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・床 <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> カーペット (cm)
7.寝具	・ベッド <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 介護型)
8.トイレ	・ドアの形式 <input type="checkbox"/> 内開き <input type="checkbox"/> 外開き <input type="checkbox"/> 引き戸 ・段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (cm) ・便器 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 ・便座の高さ (cm) ・所有用具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ポータブル化 <input type="checkbox"/> 尿器) ・手すり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
9.浴室	・ドアの形式 <input type="checkbox"/> 内開き <input type="checkbox"/> 外開き <input type="checkbox"/> 引き戸 <input type="checkbox"/> 折れ戸 ・浴室への段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (cm) ・浴槽の高さ (外 cm : 内 cm) ・シャワー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・シャワー椅子 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (cm) ・手すり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
10.今後、介護保険を利用した住宅改修を考えられていますか？ (具体的な場所) 浴室 玄関 トイレ 居室 その他 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11.その他 (ご質問・ご意見等)	

ご提出いただきました情報は、在宅復帰を目的としたリハビリテーションのみに使用し、他の目的に使用することはございません。

ご提出先 : リハスタッフ

医療法人せいわ会
彩都リハビリテーション病院

