

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。

- ①家屋状況についての調査票（本紙）
【ご提出書類】 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 ・手すり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・階段の高さ（ cm）
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 <input type="checkbox"/> 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"/> ホールトルテ <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

医療法人社団生和会
彩都リハビリテーション病院

