

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。

<b>【ご提出書類】</b>	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 ・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 ・床 <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> カーペット ・段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 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 ・床 <input type="checkbox"/> 畳 <input type="checkbox"/> フローリング <input type="checkbox"/> カーペット ・段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 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

