

訪問リハビリテーション利用申込書

申込日 平成 年 月 日

居宅介護支援事業所	事業所名	
	電話	
	FAX	
	担当者	



訪問リハビリ	事業所名	医療法人社団恵生会 介護老人保健施設 リハセンターさわやか
	電話	045-955-4165
	FAX	045-955-4177
	担当者	

利用者基本情報	フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	氏名				
	住所			電話	
	緊急連絡先	氏名	続柄()	電話	
	緊急連絡先	氏名	続柄()	電話	
	介護保険	要支援() 要介護() 区変中(申請日 年 月 日) 被保険者番号: 平成 年 月 日 ~ 年 月 日			
	健康保険	・社会保険 ・国民健康保険 ・共済保険 ・その他() 保険者番号: 記号・番号: 資格取得日:平成 年 月 日			
	助成等	生活保護 ・ 公費その他()			

希望サービス内容	利用希望日	月・火・水・木・金・土	利用希望回数	週 回	他のサービス利用状況
	サービスを利用するに当たり希望すること				

生活の状況	身体状況	<input type="checkbox"/> 麻痺(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) <input type="checkbox"/> 拘縮() <input type="checkbox"/> 筋力低下() <input type="checkbox"/> その他()				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他()				
	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()				

医療情報	疾患名	
	医療機関名	電話:
	主治医	医師名: () 科)
	診療情報提供書依頼	(済 ・ 未) コメント:
	最終入院入所期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ※入院・入所がない場合は記入不要
	経過及び介護状況	