

訪問リハビリテーション利用申込書

申込日 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	
	氏名				年 月 日 (歳)	
	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() 負担割合(割)			区変中(申請日 年 月 日)	
	健康保険	被保険者番号:			年 月 日 ~ 年 月 日	
	・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: 年 月 日		
助成等	生活保護 ・ 公費その他()					

希望サービス内容	利用希望日時	月・火・水・木・金・土 時間帯 : ~ :	利用希望回数	週 日	他のサービス利用状況
	サービスを利用するにあたり希望すること				

生活の状況	身体状況	・身長 cm ・体重 kg
		<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	年 月 日 ~ 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	

駐車場所	有 () ・ 無
------	-----------