

リハビリテーション利用申込書

平成 年 月 日

ふりがな 利用者氏名		様	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
現住所	〒			TEL番号 ()		
現在	自宅 ・ 病院 () ・ 施設 ()					
申込者	氏名		様	利用者との関係		
	住所				TEL番号 ()	
	緊急連絡先				TEL番号 ()	
主病名						
入院歴(1年以内)	入院日 平成 年 月 日 / 退院日 平成 年 月 日					
主治医	備考					
	医師氏名					
	医療機関名		診療科目			
	住所	〒				
	TEL番号	()	FAX番号	()		
利用開始希望日	平成 年 月 日	利用希望回数	月 回 / 週 回			
利用希望日	月 火 水 木 金	利用希望時間	午前・午後	:		
現在の状態 日常生活能力と自立度について ○印をつけて下さい	① 寝返り	自立	一部介助	全介助		
	② 車椅子移乗	自立	一部介助	全介助		
	③ 移動手段	独歩	歩行器	車イス	ストレッチャー	
	④ 摂取	自立	一部介助	全介助		
		義歯(有・無) 常食 粥食 刻み食 経管栄養	その他()			
	⑤ 排泄	自立	一部介助	全介助		
		おむつ/パット	ポータブル	カテーテル		
	⑥ 整容	自立	一部介助	全介助		
	⑦ 着脱	自立	一部介助	全介助		
	⑧ 入浴	自立	一部介助	全介助		
	⑨ 問題行動	ない	ある()			
⑩ 意思疎通	認知支障なし・ややあり・支障あり					
	言語に支障なし・ややあり・支障あり					
⑪ 理解力	生活に支障なし・ややあり・支障あり					
介護保険情報	要介護 (1 2 3 4 5)		要支援 (1 2)			
	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日迄					
障害者老人の自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
痴呆性老人の自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
身体障害者手帳	有 () 無	特定疾患の認定		有	無	
担当 ケアマネージャー	事業所名		担当	事業者番号		
	TEL番号 ()		FAX番号 ()			
要望事項をご記入下さい(他の居宅サービス利用日程等)						

※事務処理欄 当事業所にて 記載します	請求書 郵送先	〒			
	支払い方法	窓口	引き落とし	振込み	(○印をつける)
	サービス内容	訪問リハ	訪問看護(介)	訪問看護(医)	(○印をつける)
	地域 コード	西川 内野	渦東・中之口	巻東・巻西	岩室
		赤塚・中野小屋	臼井・白根北	白南・白根第一	味方・月湯
					坂井輪・五十嵐
					黒埼 その他 (○印をつける)