

通所リハビリテーション利用申込書 (No 1)

※契約日までにご提出ください。

申込年月日: 年 月 日

フリガナ		男女	生年月日	明・大・昭・平
利用者氏名				年 月 日
現住所	〒			電話 自宅 () 携帯 ()
申込者氏名		続柄		電話番号 ()
緊急連絡先	氏名	続柄		家族構成 (同居・独居・昼独居)
	住所			◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン (同居家族等○で囲む)
	電話 自宅 () 携帯 ()			

介護保険情報	要介護 (1 2 3 4 5) / 要支援 (1 2) 負担割合: 割		
	介護保険証有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日		
身体障害者	□有 (種)	特定疾患の認定	□有 □無
手帳の内容	□無	※上記「有」場合、重症度の認定	□有 □無
かかりつけ医療機関名(主に月1回程度、往診もしくは受診されている医療機関名) 病院・医院 科 先生			
服薬状況	無・有 ()		
既往歴			
手術歴	無・有 ()		
特記事項	ペースメーカー	無・有	機能障害 無・有
	人工関節	無・有	体内金属 無・有
	難聴	無・有	補聴器 無・有
	アレルギー	無・有	

通所リハビリテーション利用申込書 (No 2)

利用者氏名()殿

介護支援専門員 (ケアマネージャー)	介護支援事業所	事業所No.	電話番号 ()
	介護支援専門員氏名		FAX番号 ()

利用目的・その他ご要望がございましたらご記入ください。

現在の状態 ※日常生活能力と自立度についてチェックをつけて下さい。	①寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	②排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	(使用用具)	<input type="checkbox"/> おむつ/パッド <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> カテーテル			
	③着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	④食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑤入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑥移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
	⑦問題行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある ()	
⑧日常会話	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき困難	<input type="checkbox"/> 困難		

利用希望日 希望日の時間帯に○を、他のサービス等で利用困難な時間帯に×をつけて下さい。
AM 9:00~12:10 PM 14:00~17:10

曜日	月	火	水	木	金	土	自力
AM							可・不可
PM						休	

現在利用中のサービス	サービス事業者名	利用頻度および曜日
訪問介護		
訪問看護		
訪問入浴介護		
通所リハビリ		
通所介護		
短期入所生活介護		
短期入所療養介護		
その他のサービス		

個人情報取り扱いについて

- 1、ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」およびそれに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用いたしません。
- 2、またご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩いたしません。

FAX 045-353-3606

事業所番号 1413110434

かず整形外科クリニック