

# 【申し込みFAX】

# 03-6379-5276

## 訪問リハビリテーションセンター 梅ヶ丘 利用申込書

申込日 年 月 日

フリガナ 利用者名	-----	男・女	生年月日	M T S	年 月 日( 歳)
住 所	(アパート名マンション名までご記入下さい)			電話番号	
かかりつけ医療機関				主治医	

### <介護保険情報>

介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	<生活保護受給者>	<input type="checkbox"/>
被保険者番号		負担割合	1割・2割・3割
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症性老人の日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

### <利用希望>

利用希望曜日	いつでも・月・火・水・木・金・土	利用希望回数	週 回
利用希望時間	いつでも・午前・午後		

### <利用にいたった経過>

<在宅生活を継続するためにどのようなことが必要ですか？>

### <目標>

短期目標

長期目標

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活	主介護者( )	続柄( )
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名( )	退院予定時期( )
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	施設名( )	退所予定時期( )

家屋状況	1. 形態 <input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> アパート( 階) <input type="checkbox"/> マンション( 階)
	2. 状況 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 3. 本人の部屋 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

既往歴	現在治療中の病気
・ ( 年 月～)	・ ( 年 月～)
・ ( 年 月～)	・ ( 年 月～)
・ ( 年 月～)	・ ( 年 月～)

担当ケアマネージャー名		TEL	
-------------	--	-----	--

居宅介護支援事業所 地域包括支援センター		FAX	
-------------------------	--	-----	--