

【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？>

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	(年 月～) (年 月～) (年 月～)
現在治療中の病気	(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