

【申し込みFAX】

FAX 03-6379-0428
(TEL 03-6379-0427)

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

(ふりがな) 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ください)			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>

希望利用曜日	いつでも・月・火・水・木・金・土			
希望利用時間	いつでも・午前・午後	希望利用回数	週 回	

<利用に至った経過を教えてください>

<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	現在治療中の病気			
・ (年 月～)	・ (年 月～)			
・ (年 月～)	・ (年 月～)			
・ (年 月～)	・ (年 月～)			
居宅介護支援事業所名			TEL	
地域包括支援センター名			FAX	
担当ケアマネジャー名				