

【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

| | | | | | | | |
|-----------|-----------------------|-----|------|-------|---|---|-------|
| 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 | 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 |