

【申し込みFAX】

FAX 03-6379-0428

(TEL 03-6379-0427)

通所リハビリテーションセンター 梅ヶ丘（長時間・短時間） 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> 希望の事業所に○をつけてください。

() 通所リハビリテーションセンター 梅ヶ丘（短時間） を希望する

() 通所リハビリテーションセンター 梅ヶ丘（長時間） を希望する

希望利用日	いつでも・月・火・水・木・金・土	希望利用回数	週 回	
サービス内容	入浴希望	有・無	送迎希望	有・無
	入浴方法いずれかに○ 一般浴 ・ リフト浴		送迎時 車椅子対応希望	有・無
			ステップ乗車	可・不可

本人・家族希望(又は困っていること)

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

医療行為の必要性	インシュリン注射	なし あり	在宅酸素	なし あり
	経管栄養	なし あり	褥瘡	なし あり
	ストマ	なし あり	バルンカテーテル	なし あり
感染症	検査未実施	なし あり	あり (HB・HCV・結核等感染症)	
居宅介護支援事業所名 地域包括支援センター名		TEL		
担当ケアマネジャー名		FAX		