

通所リハビリテーション申込書 FAX : 044-750-0731

●ご利用者

平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢	性別
お名前		年 月 日	歳	男・女
介護認定		要支援・要介護度		
有・無・申請中		支(1・2) 介(1・2・3・4・5)		
住所	〒 -	TEL	()	

●ケアマネージャー

事業所	事業所番号	TEL
お名前	管理者	()

●通院中または入院中の医療機関

医療機関名	科	先生
退院予定日(入院中の場合)	月 日 ()	未定の場合 () 頃
【病名】 【経緯・状況】 【ご本人のレベル】 歩行(独歩・T字杖・歩行器・車イス) (自立・一部介助・全介助) ADL(自立・一部介助・全介助) 【家族構成】 キーパーソン： 主介護者： 【ご本人・ご家族の要望】	【問題点・前段階準備】 ※チェックを入れてください <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 医療不信 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 栄養[胃ろう] <input type="checkbox"/> 気道管理[吸引・気道切開] <input type="checkbox"/> 排泄[オムツ・尿カテ・ポータブル] <input type="checkbox"/> 皮膚・褥そう <input type="checkbox"/> 感染症 () <input type="checkbox"/> 転倒リスク <input type="checkbox"/> その他	

導入予定のサービス	訪看・デイ・訪問入浴・ヘルパー・訪リハ
現在のサービス	①訪看②デイ③訪問入浴④ヘルパー⑤訪リハ
	月 火 水 木 金 土 日
AM	
PM	

通所リハビリテーション希望曜日、時間： ____曜日・AM(10:00~12:00) PM(15:00~17:00)

※木曜、日曜、祝日休み、土曜PM無し

●後方支援(定期・他科受診等の予定も含めご記入ください。)

--

●その他、連絡事項等ありましたらご記入ください。

--