

【FAX】03-6421-3859

訪問リハビリテーション 利用申込書

申込日: 年 月 日

| | | | | | | | | |
|------------|--|--|--|-----|------|---------------------------------------|---|-------|
| フリガナ | | | | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日(歳) |
| 利用者名 | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | TEL | | |
| | | | | | | <small>(アパート名マンション名までご記入ください)</small> | | |
| かかりつけの医療機関 | | | | | | 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"/> 有 |
| 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>

| | | | |
|--------|-------------|--------|-----|
| 利用希望日 | 月・火・水・木・金 | 利用希望回数 | 回/週 |
| 利用希望時間 | いつでも可・午前・午後 | | |

<経過>

<在宅生活を継続するために必要なこと>

<目標>

短期目標 長期目標

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



医療法人社団サザナミ きむらてつや整形外科内科

〒152-0035

東京都目黒区自由が丘2丁目14-18 グレースアート1階

TEL:03-6421-3858