

【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 利用者名		男・女	生年月日	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)			TEL
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>	☐ 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	☐ 自宅で生活 主介護者() 続柄() ☐ 入院中 病院名() 退院予定時期() ☐ 施設入所中 施設名() 退所予定時期()		
家屋状況	1. 形態 ☐ 一軒家 ☐ アパート(階) ☐ マンション(階) 2. 状況 ☐ 持ち家 ☐ 借家 3. 本人の部屋 ☐ ある ☐ なし		
既往歴	(年 月~) (年 月~) (年 月~)	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

介護事業者番号:1311031640