

通所リハビリテーション利用申込書

記入日: 令和 年 月 日

フリガナ ご利用者名	様	男 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)		
ご住所				☎	()	
ご家族氏名	様	続柄		☎	()	
ご家族住所				携帯	- -	
同居者	独居・夫婦・その他()			医療保険：後期・国保・社保・生保		
介護保険	要介護 1 2 3 4 5			有効期間	年 月 日～ 年 月 日	
	要支援 1 2			負担割合	1割 2割 3割	
主病名						
既往歴						
かかりつけ医	医療機関：			主治医名： (科)		
	所在地：			☎		
最終入院歴	年 月 日～ 年 月 日					
	病名：			医療機関名		
心身の状態	移動	つかまらずに歩行 つかまり歩行 見守り 一部介助 全介助 (用具) なし T字杖 多点杖 歩行器 車イス				
	排せつ	自立	見守り	一部介助	全介助	
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	経管(胃ろう)
	口腔	自 歯	全義歯	部分義歯		
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	
	日常会話	できる	ときどき困難	困 難		
	難 聴	なし	あり(軽度 中度 重度)	補聴器使用(右 左 両側)		
	視力障害	なし	あり()			
	問題行動	なし	ときどきある	ある (内容:)		
		障害高齢者の日常生活自立度		自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
ご希望	利用日	月(AM・PM)、火(AM・PM) 水(AM・PM)、木(AM・PM) 金(AM・PM)、土(AM・PM)		送迎	あり なし ステップ乗車 リフト乗車	
	リハビリをして何が出来るようになりたいですか？					
特記事項						
ご担当	事業所名					
	担当者名					
	☎	(内線)			FAX	