

【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	(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>	<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