

短時間デイ 通所リハビリセンター申込書

申し込み年月日：平成 年 月 日

フリガナ		男	生年	明・大・昭・平	
利用者氏名	様	女	月日	年	月 日 (才)
所在地	〒			電話番号 ()	
現在所在	1. 自宅 2. 医療機関または介護施設 (○をつけて下さい) ※ 上記2の名称 :				
ご連絡先氏名	様	続柄		電話番号 ()	
ご連絡先住所	〒			緊急連絡先 ()	
家族構成		介護被保険者番号			

かかりつけの医療機関名 (主に月1回程度、往診もしくは受診されている医療機関名をご記入下さい)	
かかりつけの診療科目 (複数記入可)	主治医 (医師の氏名はフルネームでお願いします)
医療機関住所	〒 電話番号 ()

主病名					
最終入院暦	最終入院日：平成 年 月 日 / 最終退院日：平成 年 月 日				
現在の状態 ※日常生活能力と自立度についてチェックをつけて下さい。	① 寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	② 排泄 (使用用具)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> おむつ/パット	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> カテーテル	
	③ 着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	④ 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	⑥ 移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
	⑦ 問題行動	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある	
⑧ 日常会話	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> ときどき困難	<input type="checkbox"/> 困難		
介護保険情報	要介護 (1 2 3 4 5) / 要支援 (1 2)				
	介護保険証有効期限 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
身体障害者	<input type="checkbox"/> 有 (種 級)	特定疾患の認定			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
手帳の内容	<input type="checkbox"/> 無	※上記「有」の場合、重症度の認定			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
特記事項・要望					
介護支援事業所					電話番号 ()
介護支援専門員					Fax ()