

医療法人純裕会 訪問リハビリ利用申込書

齊藤産婦人科医院

担当：齊藤

TEL:0191-23-6946

FAX:0191-23-6946

申し込み年月日

年

月

日

ご利用者様	ふりがな			性別	M・T・S	年			男・女
	ご氏名				月 日 () 歳				
	ご住所				電話番号				
	緊急連絡先ご氏名				続柄		ご利用者様は 独居・同居		
	緊急連絡先ご住所				緊急連絡先 電話番号				
介護保険	被保険者番号		要介護 区分		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	ケアマネ事業所名				ご担当者 氏名				
	事業所電話番号		事業所 FAX 番号			事業所 番号			
ご本人状況	歩行	平地歩行 自立・部分介助・車椅子・全介助			歩行補助具 杖・歩行器・つたい歩き・車いす・シルバーカー				
	障害老人の日常生活自立度				痴呆症老人の日常生活自立度				
	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M				
	排泄	自立・部分介助・全介助 ()			オムツ使用	有 ・ 無 ・ パット使用			
	食事	自立・部分介助・全介助 ()			嚥下	問題なし・一部可・困難			
	生活動作の課題と目標								
	主治医		医療機関名		電話番号				
	歯科医		歯科機関名		電話番号				
	疾病名								
	生活保護	有・無							
	備考								

ご希望	回数	週	回	曜日	いつでもより・月・火・水・木・金・土				
	希望時間帯	いつでもよい・午前の時間帯・午後の時間帯・その他 詳細については、後ほど担当者が相談いたします。							
	備考	多サービス利用状況（曜日・時間など）							

※記載できる範囲でお願いいたします。