

訪問リハビリ利用申込書

介護老人保健施設 フロンティア銚田 春の場所

TEL:0291-32-5408/080-1295-7823

FAX:0291-32-5517

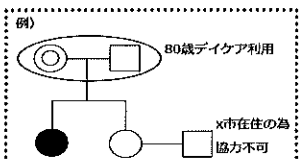
<利用者>

ふりがな 氏名	男・女	生年月日
様	M・T・S	年 月 日 (歳)
住所 〒	電話	
介護保険被保険者証	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中 有効期間(~)	
身体障害者手帳 無・有 (級)	生活保護 無・有 (担当	TEL ()
現在の状況	現病歴	既往歴
最終退院(所)歴 年 月 日		
(退院(所)先		
利用希望動機・きっかけ・目標など(具体的に)		

<家族構成>

主介護者:	<連絡者>	
	1番	2番
	ふりがな 氏名	ふりがな 氏名
	生年月日 M・T・S・H 年 月 日	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
	続柄	続柄
	住所	住所
	携帯電話	携帯電話
	自宅電話	自宅電話

□男 ○女 回◎本人
■●故人 ×離婚

例)  80歳デイクア利用
x市在住の為 協力不可

<受診病院>

医療機関名	診療科	主治医名	受診状況
	科		回/週・月
住所 〒	電話		

<現在利用中サービス>

サービス	事業社名	頻度・曜日・時間
訪問介護		
訪問看護		
通所リハビリ		
通所介護		
短期入所生活介護		
短期入所療養介護		
その他サービス		

<ADL状況>

食事	自立・見守り・一部介助・全介助
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助
移動	歩行・車椅子 自立・見守り・一部介助・全介助
	使用補助具(杖・歩行器・装具・手すり)
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助

<ケアマネージャー>

事業者名	担当者	電話
		FAX

記入日:令和 年 月 日