

平成 年 月 日

通所リハビリテーション利用申込書

申込者氏名 _____ 続柄() _____
 住 所 _____
 電 話 _____

(施設名)医療法人 健生会 朝倉クリニックを利用したく申し込みいたします。

利用者	被保険者番号		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>															
	認定有効期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	認定結果	要支援 要介護 申請中 (申請日: 月 日) 1・2・3・4・5													
	ふりがな							生年月日	M・T・S 年 月 日	(満 歳)								
氏名																		
住所							電話 ()											
希望サービス	・個別機能訓練 (する・しない) ・食 事 (する・しない) ・送 迎 (する・しない)		利用希望日		第一希望: 月・火・水・木・金 第二希望: 月・火・水・木・金 その他: 月・火・水・木・金													
			利用希望回数		週 回													
日常生活状況	食事 常食・粥・きざみ・ミキサー・介護(必要・不要)																	
	排泄 自立・半介助・全介助 オムツ・紙パンツ																	
	移動 自立・半介助・全介助			痴呆 無・有			体格 肥満・普通・やせ型											
	視力障害 無・有			着脱 自立・半介助・全介助														
	難聴 無・有(軽・重)																	
	機能障害の有無 無・有 ()																	
	既往歴の有無 無・有 ()																	
アレルギーの有無 無・有 ()																		
使用薬の有無 無・有 ()																		
その他 ()																		
主治医	1 かかりつけ医がいる		病医院名 ()		医師名 ()													
	2 かかっていない		病医院名 ()		医師名 ()													
居宅介護支援事業者	住所							自宅	自宅(戸建・アパート 高層住宅 階段)									
	事業者名	TEL FAX						周辺の	玄関までの段差 有・無 エレベーター 有・無 自宅周辺に狭い路地 有・無									
	事業所番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>														状況	その他 []	
ふりがな 担当者名																		
緊急連絡先	住所							その他										
	ふりがな 氏名																	
		TEL FAX		続柄 ()		※ 自宅周辺の地図を添付してください。												

施設記入欄

受付	確認	類別	結果	結果通知先	その他
	/	・現行機 ・待機 ・新規	・契約 ・待機 ・辞退	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者	