

平成 年 月 日

1時間以上2時間未満 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									
	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定結果	要介護 1・2・3・4・5 申請中 (申請日: 月 日)						
	ふりがな							生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)	
	住所							電話 ()		
利用希望日	第1希望 : 月・火・水・木・金・土 第2希望 : 月・火・水・木・金・土 その他 : 月・火・水・木・金・土	希望時間帯		(1) 9:00 ~ 10:10 (2) 10:30 ~ 11:40 (3) 14:00 ~ 15:10 (4) 15:30 ~ 16:40						
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								
	視力障害	無・有 体格 肥満・普通・やせ型								
	難 聴	無・有(軽・重) 着脱 自立・半介助・全介助								
	機能障害の有無	無・有 ()								
	既往歴の有無	無・有 ()								
状況	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 (戸建・アパート 階) 高層住宅 ()								
	事業者名	TEL _____ FAX _____								
	事業所番号									
	ふりがな 担当者名	状況 その他 []								
緊 急 連 絡 先	住所	TEL _____ FAX _____								
	ふりがな 氏名	その他 _____ 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 ・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	