

通所リハビリテーション利用申込書

1時間以上2時間未満
 2時間以上3時間未満
 4時間以上5時間未満
 (ご利用時間に、してください)

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	年 月 日 から		認定結果		負担割合 1割 2割 3割		要介護 要支援 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)		
	氏名											
	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時間	(1) 9:00 ~ 10:10		(5) 15:00 ~ 16:10(月~金)	
利用希望回数	週 回							2時間	(2) 9:30 ~ 11:40		(4) 13:30 ~ 15:40(月~金)	
希望サービス	・送 迎 (する・しない)		(1時間はあります)					4時間	(3) 10:30 ~ 14:40(月~金)			
日常生活	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		認知		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						
生活状況	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											
	事業者名	TEL		FAX		自宅		自宅(戸建・アパート 階)		高層住宅 階)		
	事業所番号					周辺の		玄関までの段差		有・無		
	ふりがな担当者名					状況		エレベーター		有・無		
								自宅周辺に狭い路地		有・無		
緊急連絡先	住所											
	ふりがな氏名	TEL		FAX		その他						
										※ 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	