

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
 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) 医療法人健全会 朝倉クリニックを利用したく申し込み致します。

利用者	被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	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	4割	5割
	ふりがな 氏名					生年 月日	西暦	年	月	日	(満 歳)	
	住所	〒										
電話 ()												

■ 利用希望日・利用時間帯 ■ 利用希望回数 (回/週) ■ 送迎サービスの希望 (する ・ しない) ※70分は対象外

<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 9:00-10:10(70分) <input type="checkbox"/> 9:30-11:10(100分) <input type="checkbox"/> 10:20-12:00(100分) <input type="checkbox"/> 13:40-15:20(100分) <input type="checkbox"/> 14:30-16:10(100分) <input type="checkbox"/> 15:00-16:10(70分)	<input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 9:00-10:10(70分) <input type="checkbox"/> 9:30-11:10(100分) <input type="checkbox"/> 10:20-14:30(250分) <input type="checkbox"/> 13:40-15:20(100分) <input type="checkbox"/> 15:00-16:10(70分)	<input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 9:00-10:10(70分) <input type="checkbox"/> 9:30-11:10(100分) <input type="checkbox"/> 10:50-12:00(70分)
※ご利用希望日・時間帯に <input checked="" type="checkbox"/> してください。		

日常生活 状況	食事	常食 ・ 粥	※食事介助 (必要 ・ 不要)
	排泄	自立 ・ 半介助 ・ 全介助	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
	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	(電話) (FAX)										
	事業所番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	ふりがな 担当者名											
		自宅	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> アパート ・ 高層住宅 階 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									
		自宅周辺の 状況	その他									

緊急 連絡先	住所	〒									
	ふりがな 氏名					続柄					
		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 ・ 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	