

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）

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致します。

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 介護 支援 1・2・3・4・5 申請中（申請日： 月 日）				
	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 ☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ■利用時間帯（ ）（ ）（ ）（ ）（ ）（ ） ※ご利用希望日に☑、ご利用時間帯には、右記の番号をご記入ください。 ■利用希望回数（ ）回／週 ■送迎サービスの希望（ ）する（ ）しない（ ）											
① 9時00分～10時20分 ⑥ 13時40分～15時00分 ② 9時30分～10時50分 ⑦ 14時00分～15時20分 ③ 9時50分～11時10分 ⑧ 14時20分～15時40分 ④ 10時10分～11時30分 ⑨ 14時40分～16時00分 ⑤ 10時40分～12時00分 ⑩ 15時00分～16時20分											
体 格 肥満・普通・やせ型 認 知 無・有 移 動 自立・半介助・全介助 視力障害 無・有 着 脱 自立・半介助・全介助 難 聴 無・有（軽・重） 排 泄 自立・半介助・全介助 紙パンツ 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	☐ 戸建て ☐ 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				
	事業者名					自宅周辺の 状況	その他				
	事業所番号										
	ふりがな 担当者名										
緊急連絡先	住所	〒				その他	※自宅周辺の地図を添付してください。				
	電話 FAX										
	ふりがな 氏名	続柄									

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	☐ ケアマネージャー ☐ 本人 ☐ 申込者	

連絡用紙

年 月 日

医療法人 健生会 朝倉クリニック
通所リハビリテーション 宛

事業所番号

依頼居宅介護支援事業所名

ふりがな					
氏 名	生年月日 明・大・昭・平		年	月	日 (歳)
住 所					
電話番号			性別	男 ・ 女	
認定情報	要介護状態等区分 : 要介護 要支援 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 自己負担金 (1割 2割 3割) (有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)				

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
	短期集中リハ加算起算日(退院日等) 年 月 日

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族情報、生活環境等において特記すべき事項)

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

現状の問題点・課題

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること

依頼日	年 月 日
事業所	
担当者	
電 話	
F A X	

医師の意見書

年 月 日

医療法人 健生会 朝倉クリニック
通所リハビリテーション 宛

医療機関名

医師氏名 印

ふりがな					
患者氏名	生年月日		明・大・昭・平	年	月 日 (歳)
住 所					
電話番号				性別	男 ・ 女

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方

認定情報	要介護状態等区分： 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) (有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日)
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の希望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム・検査の記録を添付すること
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること