

通所リハビリテーション利用相談・申込書

記入者氏名:

ふりがな		性別	生年月日		
利用者氏名	様	男・女	M・T・S	年	月 日 ()歳
現住所	〒	電話		居住状況	
		()		独居・同居	
家族構成			備考	本人の住居環境	
				自宅・借家 一戸建て・集合住宅()階 住宅改修 済・未	
緊急連絡先	氏名	続柄			
	住所	電話 ()			
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	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			
介護保険	負担割合()割 / 非該当・申請中・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)				
認定期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	認定日	年 月 日
障害者手帳	有・無 身障()、療養()、精神()				
生活状況	移動:(自立・介助)(独歩・杖歩行・押し車・車椅子・その他) トイレ:(自立・介助) 入浴:(自立・介助) 食事:(自立・介助) コミュニケーション:(良好・その他)				
利用目的					
現病歴・既往歴					
かかりつけの医療機関	病院・医院		()科	()先生	
直近の入院歴	年 月 日		～	年 月 日	
現在ご利用中のサービス	通所介護(週 日)	訪問リハ・通所リハ(週 日)			
	訪問介護(週 日)	訪問看護(週 日)			
居宅介護支援事業所	事業所名		担当ケアマネージャー		電話・FAX番号
					電話: FAX:
その他 ご希望利用曜日・時間など					

ご記入ありがとうございました。こちらから折り返しご連絡いたします。

FAX ⇒ 03-3746-8882

※ご担当ケアマネージャー様へ 通所リハビリテーションご希望の場合、すでに介護保険サービスをご利用の利用様につきましては、現状での居宅サービス計画書を、合わせてお送りくださるようお願いいたします。

アットホーム表参道クリニック デイケアセンター

〒107-0061 東京都港区北青山2-12-31第3イノセビル地下1階 TEL:03-3746-8881 FAX:03-3746-8882