

通所利用申込書

		平成 年 月 日											
		被保険者番号											
フリガナ						生 年 月 日				性 別			
氏 名						明治 年		大正 月		昭和 日		男 ・ 女	
住 所						電話番号							
主介護者						続 柄							
緊急 連絡先						電話番号							

介護度	申請中 要支援() 要介護()			有効期間	/ / ~ / /
居宅介護 支援事業所				担当介護 支援専門員	
かかり付け 医療機関		主治医		緊急時 受入病院	
既往症					
服薬状況					

利用希望	1日 ・ 午前半日 ・ 午後半日		月 火 水 木 金		/ 週	開始希望日	/ / ~
寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知度	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
歩行レベル	独歩・T字杖・四点杖・歩行器・シルバーカー・車椅子			参加意欲	積極 <<・>> 消極		
送 迎	施設・家族送迎・マイカー	移 乗	可・否	送り出し	有・無	車酔い	有・無
入 浴	有 ・ 無	一般浴 ・ 家庭浴 ・ チェアリフト浴			自宅入浴	可 ・ 否	
食 事	普通 ・ 全粥 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー ・ 経管			排 泄	自立・リハビリパンツ・パッド・オムツ		
目 的							
その他 ご要望を お聞かせ ください							

介護老人保健施設 そよかぜ倶楽部 通所リハビリテーション

電話 025-522-8700 FAX 025-522-8701

担当 桐山・橋本