

訪問リハビリテーション利用申し込み書

(ご家族様)

医療法人社団 寿光会 岬病院

申込日 年 月 日

お問合せ：TEL0470 (87) 7811 FAX0470 (87) 5680

※ご記入いただいた個人情報は「訪問リハビリテーション」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。

お名前 (利用者様)		ふりがな _____ 様		生年月日： M・T・S 年 月 日 (歳)		
住所 (利用者様)	〒 _____			TEL ()		
緊急時の連絡先 (ご家族様)	ふりがな _____		続柄 ()		TEL ()	
	〒 _____			携帯 - -		
家族構成	氏 名	年齢	続柄	氏 名	年齢	続柄
認定情報	被保険者番号	_____		被保険者氏名	_____	
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	判定年月日	H 年 月 日	認定有効期限	平成 年 月 日	～平成 年 月 日	
居宅事業所及びサービス利用状況	居宅事業所名	_____		TEL ()	FAX ()	
	担当ケアマネージャー	_____		サービス利用	有 ・ 無	
かかりつけ医	医療機関名	_____		TEL _____	_____	
生活状況	移動方法： <input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> シルバーカー・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> 寝たきり					
その他	どのような目的でご利用を希望されますか？以下の項目にチェックして下さい。					
	<input type="checkbox"/> 長期臥床などにおける褥瘡・拘縮予防 <input type="checkbox"/> 基本動作（寝返り、起き上がり、立ち上がり）の改善 <input type="checkbox"/> 日常生活（食事、移動、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、更衣など） <input type="checkbox"/> 住宅改修など環境面の改善 <input type="checkbox"/> 介護用品の指導（補助器具、自助具の選択、指導・調整等）					
	その他にご要望があればご記入下さい。					

訪問リハビリテーション利用申し込み書

(ご家族様)

医療法人社団 寿光会 岬病院

申込日 29年 9月 1日

お問合せ：TEL0470 (87) 7811 FAX0470 (87) 5680

※ご記入いただいた個人情報は「訪問リハビリテーション」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。

お名前 (利用者様)		ふりがな <u>みさき たろう</u> <u>みさき 太郎</u>	生年月日： M・T・S 12年4月2日(80歳)			
住所 (利用者様)	〒 299 - 4504 いすみ市 岬町桑田 2531		TEL 0470 (87) 7811			
緊急時の連絡先 (ご家族様)	ふりがな <u>みさき はなこ</u> <u>みさき 花子</u>	続柄 (妻)	TEL 同 () 上			
	〒 - 同上		携帯 - -			
家族構成	氏名	年齢	続柄	氏名	年齢	続柄
	<u>みさき 一郎</u>	60	子			
	<u>おおはら 良子</u>	55	子			
認定情報	被保険者番号	<u>oooo123456</u>	被保険者氏名	<u>みさき 太郎</u>		
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	判定年月日	<u>H 29年 7月 15日</u>	認定有効期限	<u>平成 29年 8月 1日～平成 30年 7月 31日</u>		
居宅事業所及び サービス利用状況	居宅事業所名	<u>〇〇〇居宅支援センター</u>	TEL	<u>0000 (00) 0000</u>		
	担当ケアマネージャー	<u>一宮 花子</u>	サービス利用	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無		
かかりつけ医	医療機関名	<u>岬病院</u> ※かかりつけの病院を記載	TEL	<u>0470-87-7811</u>		
生活状況	移動方法： <input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> 寝たきり					
その他	どのような目的でご利用を希望されますか？以下の項目にチェックして下さい。					
	<input type="checkbox"/> 長期臥床などにおける褥瘡・拘縮予防 <input type="checkbox"/> 基本動作（寝返り、起き上がり、立ち上がり）の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活（食事、移動、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、更衣など） <input type="checkbox"/> 住宅改修など環境面の改善 <input checked="" type="checkbox"/> 介護用品の指導（補助器具、自助具の選択、指導・調整等）					
その他にご要望があればご記入下さい。						
<u>生活上で気になることがありましたら、ご自由に記載ください。</u>						