

リハビリセンターひのき 利用申込書

長時間型

申込日: 令和 年 月 日

ご利用者名			キーパーソン		
ふりがな			ふりがな		
利用者名	男 女		氏名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		続柄		
住所	〒 -		住所	〒 -	
TEL			TEL		
要介護区分	申請中 要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		
保険者番号			適用開始日	平成・令和 年 月 日	
被保険者番号			認定年月日	平成・令和 年 月 日	
交付年月日	平成・令和 年 月 日		有効期限(開始)	平成・令和 年 月 日	
介護負担割合証	1割 2割 3割		有効期限(終了)	平成・令和 年 月 日	
生活保護	なし ・ あり				
負担者NO.			受給者NO.		
担当ワーカー名			電話番号		
利用希望曜日	1	2	3	利用開始日	令和 年 月 日 ~
歩行レベル	自立 一部介助 杖		車イス 歩行器 シルバーカー		
食事希望	自立 ・ 一部介助		主食	副食	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全介助 ・ 見守り		常 ・ 粥	常 ・ 一口大 ・ 刻み ・ トロミ	
入浴希望	<input type="checkbox"/> 独歩		アレルギー ・		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴		制限等		
排泄介助	自立 ・ 声掛け ・		オムツ・パットの使用の有無: 有 ・ 無		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	一部介助 ・ 全介助		(オムツ ・ リハビリパンツ ・ パット)		
口腔機能	義歯の有無		送迎	可 ・ 不可	
	有 ・ 無		(送り出し)	施錠 有 ・ 無	
				車酔い 有 ・ 無	
認知度	なし ・ あり (軽度 中度 重度)				
既往歴					
内服薬(昼)	なし ・ あり ()				
主治医			掛かり付けの 病院・診療所		
特記					
居宅介護支援 事業者名			所在地		
			連絡先電話番号		
居宅サービス 計画作成者			FAX番号		
			事業所番号		

事業所番号 13B2100015

〒123-0865 東京都足立区新田2-16-13

指定通所リハビリテーション事業所

電話:03-5902-3122

特定医療法人社団潤恵会 ひのき介護医療院 リハビリセンターひのき FAX:03-5902-3124