

リハビリセンターひのき 利用申込書

申込日:平成 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 年 月 日 | |
| 被保険者番号 | | | 認定年月日 | 平成 年 月 日 | |
| 交付年月日 | 平成 年 月 日 | | 有効期限(開始) | 平成 年 月 日 | |
| | | | 有効期限(終了) | 平成 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 | 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 □あり □なし | 自立 ・ 一部介助 | | 主食 | 副食 | |
| | 全介助 ・ 見守り | | 常 ・ 粥 | 常 ・ 一口大 ・ 刻み ・ トロミ | |
| 入浴希望 □あり □なし | □独歩 | | アレルギー ・ | | |
| | □リフト浴 □シャワー浴 | | 制限等 | | |
| 排泄介助 □あり □なし | 自立 ・ 声掛け ・ | | オムツ・パットの使用の有無: 有 ・ 無 | | |
| | 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 | 施錠 有 ・ 無 |
| | 有 ・ 無 | | (送り出し) | | 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 1312171205

〒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 敬仁病院 リハビリセンターひのき

FAX:03-5902-3124