

通所リハビリテーション利用申込書

(ご本人・ご家族様用)

医療法人社団寿光会 栗源病院

申込日 年 月 日

お問合せ：TEL0478 (70) 5121 FAX0478 (70) 5123

※ご記入いただいた個人情報は「通所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。

ふりがな		生年月日：明・大・昭	
お名前 (利用者様) _____様		年 月 日 (歳)	
住所 (利用者様)	〒 -		TEL ()
	ふりがな		TEL ()
緊急時の連絡先 (ご家族様)	〒 -		TEL ()
	続柄 ()		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	
	認定年月日	年 月 日	認定有効期限 年 月 日～ 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"/> 手引き歩行・ <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。		