

通所リハ 申込書

記入日 平成 年 月 日

フリガナ					性別	明治				
氏名					男・女	大正	年	月	日生	満才
住所	〒 -						電話番号			
							- -			
保険状況 (該当または所持するものに○印をつけてください)										
・要介護区分(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中) ・介護保険負担割合()割 ・社保本人 ・社保家族 ・国保本人 ・国保家族 ・生保 ・身体障害()級 ・介護保険標準負担額認定証 ・後期高齢者医療被保険者証 ・国民健康保険高齢者受給者証 ・一部負担金相当額助成証明書 ・その他										
目的・希望・疾病・備考										
同居人・家族構成						現在の状況				
氏名	関係	年齢	職業			1. 自宅で生活	主な介護者			
						2. 通院中	病・医院名			
							受診科	科		
						3. 入院中	病・医院名			
						4. 施設入所中	施設名			
連絡先		氏名	関係	年齢	職業	住所		自宅・携帯		
	1					〒 -		- -		
								- -		
	2					〒 -		- -		
								- -		
心身の状況について						日常生活習慣について				
歩行	1. 独歩 2. 杖 3. バギー 4. 車いす 5. 寝たきり					アレルギー食品	1. 無し 2. 有り()			
食事	1. 自立 2. 半介助 3. 全介助					アルコール	1日の量()			
排泄	1. 自立 2. ポータブル 3. 介助 4. オムツ					タバコ	1日()本位			
更衣	1. 自立 2. 半介助 3. 全介助					睡眠	1. 良い 2. 悪い 3. 薬常用			
入浴	1. 自立 2. 半介助 3. 全介助 4. 機械浴					便通	1. 良い 2. 悪い 3. 薬常用			
物忘れ	1. 無し 2. 時々 3. 著しい					尿	1日()回位			
居宅事業所名										
ケアマネージャー氏名					TEL					