

医療法人社団 日成会 音羽えびすの郷 通所リハビリテーション利用申込書

年 月 日

ふりがな 利用者氏名	【生年月日】 () 歳 明治・大正・昭和 年 月 日		
利用者住所	〒		
	TEL :	FAX :	
要介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 区変中 (認定有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)	公的扶助の有無 生保: 有・無	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中 <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名:) TEL <input type="checkbox"/> 介護施設に入所中 (施設名:) TEL		
	最終退院(退所)日(予定日も含む): 年 月 日 *入院・入所歴のある方は記入必須		
	認知症の診断の有無	有 無 有の場合の診断名: 有の場合の診断年月日: 年 月 日	
	若年性認知症の該当の有無	有 無 介護保険負担割合:	
	栄養状態の改善の必要性の有無	有 無 1割 2割	
	口腔機能の改善の必要性の有無	有 無 ※いずれかに○してください	
希望内容	【ご希望時間】 <input type="checkbox"/> 6時間 <input type="checkbox"/> (午前)3時間 <input type="checkbox"/> (午後)3時間		
	【ご希望曜日】 月・火・水・木・金・土・特に希望曜日無し / 週 回希望		
	【送迎希望】 <input type="checkbox"/> あり(一般車両・リフト有)(迎え・送り・往復) <input type="checkbox"/> 無し		
	【入浴希望】 <input type="checkbox"/> あり(一般浴・リフト浴) <input type="checkbox"/> 無し		
	【個別リハビリ希望内容】 *PT・OT *ST		
希望理由			
リハビリに期待すること			
相談者氏名	ふりがな	続柄 () 年齢 () 歳	
相談者住所	〒		
	TEL :	緊急連絡先(携帯等):	
第一連絡先	氏名:	利用者との関係 ()	備考
	住所:	TEL :	
指定居宅介護 支援事業所	名称:		
	住所:		
	TEL :	FAX :	
	担当ケアマネージャー:		

※お申し込みの際には、介護保険証のコピー添付をお願いします。(18/03/01)

送迎はドア to ドアが原則となりますが、道路状況や地域・構造上などでご相談となる場合がありますのでご了承ください。

医療法人社団 日成会
介護老人保健施設 音羽えびすの郷
〒112-0012 東京都文京区音羽 1-22-14
電話: 03-3941-0165 FAX: 03-3941-0167