

医療法人社団 日成会 音羽えびすの郷 介護予防通所リハビリテーション利用申込書

申し込み日： 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 ・ 要支援2 (認定有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日)		介護保険負担割合： 1割 2割
現在の状況	* 在宅療養中		公的扶助の有無 生保： 有り ・ 無し
	* 病院に入院中 (病院名：)		
	* 介護施設に入所中 (施設名：)		
	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	有り 無し	有りの場合の診断名：
	有りの場合の診断年月日：	年 月 日	
若年性認知症の該当の有無	有り 無し		
栄養状態の改善の必要性の有無	有り 無し		
口腔機能の改善の必要性の有無	有り 無し		
希望内容	【ご希望時間】 <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 1・2 回希望		
	【送迎希望】 要相談		
	【リハビリ希望内容】 運動機能向上 ・ 栄養改善 ・ 口腔機能向上		
	(複数のプログラムを組み合わせることも可能です)		
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。

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