

リオクリニック 通所リハビリテーション 利用申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		
氏名	様	男・女	大正・昭和 年 月 日 歳		
住所	〒 -		電話	- -	
緊急時 連絡先	ふりがな		続柄		
	氏名	様	電話	- -	
	住所	〒 -		携帯電話	- -
担当ケアマネージャー:				電話	- -
事業所名:				FAX	- -
主治医:			施設名:		
主傷病名(脳梗塞、骨折など) 発症・受傷日		合併症・禁忌事項 主要障害名 (麻痺・歩行状況・高次脳機能障害など)			
要介護度	要支援 1・2	有効期限 (申請中 年 月 日)			
	要介護 1・2・3・4・5	年 月 日 ~ 年 月 日			
身体状況 【移動】 自立・見守り・一部介助 (使用補助具 一本杖・四点杖・歩行器) 【トイレ】 自立・見守り・一部介助 【コミュニケーション】 自立・見守り・一部介助		同居家族・家族歴			
【現在利用中の介護保険サービス】 (デイサービス、ヘルパー等)					
利用希望					
【目的(具体的に記載下さい)】			【送迎の希望】	あり ・ なし	
			【その他(要望など)】		
【日常生活でお困りのこと】					

※利用日については、ご希望に添えない場合もございます。あらかじめご了承ください。