

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。