

FAX: 03-3380-1206

TEL: 03-3380-1248

【通所リハビリ】

利用申込み&情報提供書

★利用希望者

作成日: 年 月 日

ふりがな 氏名	住所 〒
生年月日 M・T・S 年 月 日(歳)	電話

★希望サービス内容 (丸で囲んでください)

利用曜日 ➡ 月 火 水 木 金 土 (週 回)

- ・入浴希望: 有 無 (機械浴使用 要 不要)
- ・送迎希望: 有 無 (バスの階段利用 可 不可)
- ・個別リハビリ希望: 有 無 (3ヶ月以内の入院 有 無)

★基本情報

要介護度	認定期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日
障害状況	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
認知状況	なし ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
生活歴・状況 (出身 ・勤務経験 ・生活環境の変化 ・入院までの経緯 ・趣味、嗜好 等)		

★主介護者、キーパーソン

氏名: 様	続柄:	年齢: 歳
住所 (〒)	連絡先:	

★家族図

★ADL状況

	移動	
	食事	
	排泄	
	入浴	
	その他	

★現病歴・既往歴 (時期も分かる範囲でご記入下さい)

★介護保険サービス利用状況

主疾患名	月	
合併症	火	
主治医名	水	
医療機関名	木	
TEL	金	
	土	
	(福祉用具 他)	

★支援内容

★希望

(通所リハの利用理由、目標等)	本人	
	家族	

居宅介護支援事業所名:	担当者名	事業所No.
住所:	TEL:	FAX:

★ 利用申込み&情報提供書は全てご記入いただきますようお願い致します。

(グレイス記入欄)

★申込みの調整結果	
・開始日: 年 月 日 ()週 回	・利用曜日: 月 火 水 木 金 土
・入浴日: 月 火 水 木 金 土	・リハビリ: 月 火 水 木 金 土