

【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)有の場合退院日 /

★基本情報

要介護度		認定期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日
介護保険負担割合証	割	生活保護	有 無 手帳交付 有() 無
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)			
現在の状況	☐ 自宅 ☐ その他(親族宅等) ☐ 入院・入所中 (病院・施設名) (退院・退所日 頃)		

★主介護者、キーパーソン

氏名:	様	続柄:	年齢:	歳
住所 (〒)	連絡先:			

★通所リハの利用目的・希望・期待する事等 ★家族図

本人		
家族		
★介護保険サービス利用状況		
月		
火		
水		
木		
金		
土		
(福祉用具 他)		

主疾患名	医療機関名・診療科名・主治医名
既往歴	TEL:

★ADL状況

移動	自立・見守り・一部介助 (杖・歩行器・車椅子)・全介助	
食事	自立・見守り・一部介助・全介助 形態:主食(米・粥) 副食 (常・キザミ・ムース) トロミ使用 有・無	
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (下着・リハビリパンツ・オムツ・パッド)	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	
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 : R 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
・タオル : グレイス 本人	・脳トレ : 有 無
・備考	