

リハの郷 三田 利用申込書

TEL 03-5765-5465

FAX 03-5765-5467
令和 年 月 日

氏名	(フリガナ) 様		性別	男 ・ 女	
住所	〒(—) TEL 携帯				
保険情報	事業対象 ・ 支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5				
	被保険者番号		認定日		有効期間
	1割 ・ 2割 ・ 3割 負担		年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日
日常生活自立度(障害)	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		日常生活自立度(認知症)	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
通所希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 午前 ・ 午後				
緊急連絡先	(フリガナ) 様		続柄		
	〒(—) TEL 携帯				
同居家族の有無	☐ あり ☐ なし (☐ 夫婦 ☐ 子 ☐ その他)				
家族等が介護できる時間	☐ ほとんど終日 ☐ 半日程度 ☐ 2~3時間程度 ☐ 必要な時に手をかす程度 ☐ その他				
居宅介護支援事業所			担当者	様	
	〒(—)				
	TEL 携帯				
医療機関			主治医		
	〒(—)				
	TEL				
診断名および発症時期			年 月頃 治療済 通院中		
			年 月頃 治療済 通院中		
			年 月頃 治療済 通院中		
			年 月頃 治療済 通院中		
			年 月頃 治療済 通院中		
認知症診断	☐ あり ☐ なし(診断日 年 月 日) ☐ アルツハイマー病 ☐ 血管性認知症 ☐ レビー小体病 ☐ その他()				
誤嚥性肺炎既往	☐ あり ☐ なし(診断日 年 月 日)				
移動	独歩 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 装具 ・ 車いす				
麻痺	なし ・ 上肢(右 左) ・ 下肢(右 左)				
その他 注意点等					