

通所リハビリテーション利用（見学）申込書

<申込日：令和 年 月 日>

フリガナ		性別	生年月日
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 明治 ・ <input type="checkbox"/> 大正 ・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)
利用者住所	〒 TEL ()		
フリガナ		続柄	携帯番号
申込者氏名			— —
申込者住所	〒 TEL ()		

●身体状況

介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中						
介護保険負担割合	割						
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 ・ <input type="checkbox"/> 杖歩行 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> 歩行器			認知症状	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> 物忘れ程度 ・ <input type="checkbox"/> あり		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助			入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 ・ <input type="checkbox"/> 機械浴 ・ <input type="checkbox"/> 希望しない		
排泄 (使用用具)	<input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 見守り ・ <input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 全介助			医療的処置	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (
	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ ・ <input type="checkbox"/> オムツ/パット ・ <input type="checkbox"/> カテー			問題行動	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (
既往歴							
通所希望日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 特になし *希望日に○をつけて下さい。						

●事業所情報

介護支援事業所名		ケアマネジャー	
事業所住所	〒 TEL ()		

●かかりつけ医

医療機関名（診療科）：			
医師名：			
診療情報提供書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	主治医意見書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

◇【判定会議】*施設記入欄

判定会議意見
利用開始日 令和 年 月 日 (



介護老人保健施設 ヴィット
TEL:03-5696-3363
FAX:03-5658-0121