

三井病院 訪問リハビリテーション 利用申し込みシート

申し込み日: 平成 年 月 日

申し込み者:

(ふりがな) 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	様	年齢 満 歳	年 月 日	年 月 日	
住所	Tel:				
連絡先 (緊急連絡先)	Tel:		お名前: 続柄()		
担当ケアマネ					
事業所名 連絡先 ご担当者					
生活状況					
家屋改修	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> その他				
同居家族	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
キーパーソン	続柄 ()				
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
障害等認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 身障()級 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()				
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 ()				
要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで	
該当箇所に○をつけてください			認定日	年 月 日	
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 () 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ () 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 () 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 () 回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ () 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 () 回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ () 日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル () <input type="checkbox"/> その他 ()				
ご本人様の希望					
ご家族様の希望					
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖() <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子				
主病名			既往歴等		
主治医	医療機関名:				電話番号:
	担当先生:				
主治医	医療機関名:				電話番号:
	担当先生:				
利用のご希望	希望曜日	月・火・水・木・金・土			※日曜日・祝日・年末年始はお休みです。
	希望時間	午前 午後			※利用開始前に必ず当院の外来受診を実施して頂きます。