

FAX:03-5778-9798

TEL:070-3310-9580

医療法人社団礼恵会 むすび葉(介護予防)通所リハビリテーション利用申込書
令和 年 月 日

ふりがな				大正・昭和
利用者氏名	男 女			年 月 日(歳)
現住所	〒			保険者 区
				被保険者番号
				電話番号
介護区分	申請中・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)			
認定日	R 年 月 日	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明	
交付日	R 年 月 日	認定期間	R 年 月 日~R 年 月 日	
身体障害者手帳	種	級	生活保護 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
現病歴				
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居			
家族構成				緊急連絡先
				氏名 続柄
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症高齢者の日常生活自立度			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
移動手段	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 自立			
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
身体所見	麻痺 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・視力障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・聴力障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
他サービス利用状況				
本人の希望				
家族の希望				
日常生活(基本動作・移動能力など) *該当するものに○印をお願いします				
	自立	一部介助	全介助	介護内容
寝返り				
起き上がり				
座位				
立ち上がり・床から				
立ち上がり・イスから				
移乗:イス↔ベッド				
立位保持				
階段昇降				
食事				
整容				
トイレ動作				
入浴				
更衣				
排尿コントロール				
排便コントロール				

事業所名
担当者名
TEL
FAX

ご記入ありがとうございました