

＜ 医療法人社団 涓泉会 利用申込書 ＞

山王リハビリ・クリニック(通所リハ)
 山王リハビリ訪問看護ステーション
 ジップ・山王リハビリ
 山王リハビリステーション
 ヴィガ・山王リハビリ

担当:菊地・八木 電話:03-5754-2672 FAX:03-3729-3183
 担当:菊地・稲村 電話:03-5718-1365 FAX:03-5718-1368
 担当:井出・大沼 電話:03-3748-6251 FAX:03-3748-6252
 担当:望月・袴田 電話:03-3772-5122 FAX:03-3772-5160
 担当:佐藤・田中 電話:03-5746-0812 FAX:03-5746-0813

見学送迎を希望します(各施設にお問い合わせ下さい) 申込日 年 月 日

ご利用者	ふりがな			M・T・S											
	ご氏名	生年月日		年 月 日()歳		男・女									
	ご住所			電話番号											
	緊急連絡先ご氏名			続柄	ご利用者様は 独居・同居()										
緊急連絡先ご住所			緊急連絡先 電話番号												
介護保険	被保険者番号	要介護区分	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
	ケアマネ事業所名			ご担当者氏名											
	事業所電話番号	事業所FAX番号		事業所番号											
ご本人状況	歩行	室内 自立・見守り・つたい歩き・全介助・その他()			屋外 自立・見守り・全介助・その他()										
	自助具	室内 杖・歩行器・車椅子・その他()			屋外 杖・歩行器・車椅子・その他()										
	障害老人の日常生活自立度			痴呆症老人の日常生活自立度											
	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	正常	a	b	a	b	M
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助()				オムツ使用	有・無・パット使用								
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助()				嚥下障害	有・無								
	生活動作の課題と目標														
	主治医	医療機関名			電話番号										
	歯科医	歯科機関名			電話番号										
	主疾病	高血圧・心疾患()・糖尿病・脳血管障害()・片麻痺(右・左)・パーキンソン病・口腔() その他 ()													
生活保護	生活保護を受けている							生活保護を受けていない							
備考															

ご希望	回数	週 回	曜日	いつでもよい・月・火・水・木・金・土											
	時間帯	いつでもよい・午前・午後・時間指定()													
	送迎	希望する・希望しない													
	備考	他サービス利用状況(利用施設・曜日)など													