

＜ 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

- 担当: 本間・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: 大沼・大池 電話: 03-3748-6251 FAX: 03-3748-6252
- 担当: 袴田・佐藤 電話: 03-3772-5122 FAX: 03-3772-5160

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												
介護保険	緊急連絡先ご住所			緊急連絡先 電話番号													
	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	平地歩行 自立・部分介助・車椅子・全介助		歩行補助具 杖・歩行器・つたい歩き・車いす・シルバーカー													
	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	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	排泄	自立・部分介助・全介()			オムツ使用	有 ・ 無 ・ パット使用											
	食事	自立・部分介助・全介()			嚥下	問題なし ・ 一部可 ・ 困難											
	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																
	生活保護	有 ・ 無															
備考																	

ご希望	回数	週	回	曜日	いつでもよい ・ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	
	希望時間帯		いつでもよい ・ 午前の時間帯 ・ 午後の時間帯 ・ その他()			
	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				