

＜ 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)	担当: 本間・八木	電話: 03-5754-2672	FAX: 03-3729-3183
□山王リハビリ・クリニック(訪問リハ)	担当: 菊地・田中	電話: 03-5754-2672	FAX: 03-3729-3183
□山王リハビリ訪問看護ステーション	担当: 菊地・稲村	電話: 03-5718-1365	FAX: 03-5718-1368
□ジップ・山王リハビリ	担当: 大沼・大池	電話: 03-3748-6251	FAX: 03-3748-6252
□山王リハビリステーション	担当: 秋田・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		男・女												
	ご氏名		生年月日	年 月 日()歳													
	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	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				

詳細については、後ほど担当者が相談させていただきます。
一日滞在型通所介護施設(ジップ)については全日のサービス利用となります。