

＜ 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・福島	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・上原	電話:03-6388-0298	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・中居	電話:03-3748-6251	FAX:03-3748-6252
□山王リハビリステーション	担当:佐藤・森	電話:03-3772-5122	FAX:03-3772-5160

申込日 年 月 日

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	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() 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。				
	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				