

＜ 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)
- 山王リハビリクリニック(訪問リハ)
- R訪問看護ステーション
- 山王リハビリステーション

- 担当: 本間・福島 電話: 03-5754-2672 FAX: 03-3729-3183
- 担当: 菊地・権藤 電話: 03-6388-0298 FAX: 03-3729-3183
- 担当: 菊地・二宮 電話: 03-5718-1365 FAX: 03-3748-6251
- 担当: 酒井・森 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						
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() 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。			
	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				