

訪問リハビリテーション申込書

申込日 年 月 日

<申込者>

事業所名		事業者番号	
連絡先	〒	ケアマネ氏名	
電話		FAX	

<利用者情報>

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話			
疾患名			
現病歴			
主治医			
希望日	月 火 水 木 金 土	希望時間	希望回数 回
介護保険	被保険者番号: 認定日: 年 月 日 認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 事業者届出年月日: 年 月 日 介護度: 要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 申請中		
現在の状態	入院中 ・ 入所中 ・ 在宅 ・ その他 () 退院・退所(予定)日: 年 月 日: 医療機関 ・ 施設		
障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		

日常生活動作の状況 (該当するものに○)

移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
整容	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助

<コメント> (本人及び家族の要望、ケアマネのニーズ、週間予定表等)

家族構成図

記入者: