

野蒜ヶ丘痛みのクリニック
通所リハビリテーション 利用申し込み書

申し込み日 令和 年 月 日

利用者氏名	性別	住所	電話番号	
ふりがな	男 女	〒	— —	
生年月日		年齢	担当事業所名	
大正 昭和 年 月 日 平成		歳 TEL — —	担当介護支援専門員	
緊急連絡先(ご家族)	続柄	住所	電話番号	
ふりがな		〒	☎ — — ☎ — —	
通所リハ利用目的	○ケアプラン目標			
要介護度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度		
要支援、要介護 1・2・3・4・5	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
病院名	主治医名			
既往歴	内服薬			
【禁忌などの特記事項】				
ペースメーカー 有・無 ワーファリン 有・無 てんかん 有・無 スtent 有・無 人工関節 有・無 その他()				
A D L	歩行	自立・一部介助・全介助	介助具	杖・シルバーカー・車椅子
	食事	自立・一部介助・全介助	口腔	自立・一部介助・全介助
	排泄	自立・一部介助・全介助	オムツ使用	無・有(リハビリパンツ・尿取りパット・紙オムツ)
	入浴	自立・一部介助・全介助	着替え	自立・一部介助・全介助
	整容	自立・一部介助・全介助	意思疎通	可・不可
送迎時の身体介護の必要性 有・無 *:30分以内の身体介護等であれば可能です。				
有の場合の具体的内容				
希望利用日	火曜日 ①9時 ②10時			
希望利用開始日	令和 年 月 日()~			

野蒜ヶ丘痛みのクリニック 事業所番号:0411410392

電話番号 :0225-98-6662
 FAX :0225-98-6663