

訪問リハビリテーション利用予約申込書(ケアマネ用)

申込日:平成 年 月 日

クローバーのさと イムスケアカウピリ板橋 訪問リハビリ担当者 宛

FAX:03-3955-9660 電話:03-3955-9608

クローバーのさと カウピリ板橋訪問リハビリテーションを利用したいので、下記の通り申し込みします。

1、ご利用者様について

ご利用者様	フリガナ	男	生年月日	明治	大正	昭和
	氏名	殿 女	年	月	日	歳
	住所 〒	—				
	電話番号	自宅 ( )	携帯	( )		
要介護状態区分		要支援 1・2 要介護( 1・2・3・4・5 ) 申請中				
認定日の有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
現在の状況	在宅・入院中・入所中		退院・退所日	年 月 日		
主病名			発症日	年 月 日		
合併症						
主な介護者	(続柄)		連絡先	( )		
かかりつけ医療機関名			主治医			
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話		
	①			自宅		
				携帯		
	②			自宅		
				携帯		
	③			自宅		
				携帯		

2、サービス内容について

ご利用者様の希望	
ご家族様の希望	
ご利用希望日	週 回 月 火 水 木 金 土
ご希望のサービス内容 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 日常生活の動作練習 ( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂 <input type="checkbox"/> 移動 )
	<input type="checkbox"/> 運動療法 ( 関節運動や筋トレ等 ) <input type="checkbox"/> ご家族への介助方法の指導
	<input type="checkbox"/> 住宅改修の相談 <input type="checkbox"/> 福祉用具の相談 <input type="checkbox"/> その他( )

事業者名: ケアマネージャー:

連絡先: 電話: ( ) FAX: ( )