

## 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	<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							
※複数回答可	<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: ( )