

板橋ロイヤルケアセンター 通所リハビリテーション利用申込書

見学希望日 (※事前にご相談ください)

令和 年 月 日 () : ~

記入日: 令和 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名 様	男 女	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭				
	住所 〒 -		年 月 日	歳				
	自宅TEL : ()		携帯TEL : ()					
相談者	ふりがな 氏名 様	本人・家族(続柄)・その他()						
	住所 〒 -							
	自宅TEL : ()	携帯TEL : ()						
介護保険情報	被保険者番号							
	要介護状態区分	要支援 1・2			要介護 1・2・3・4・5		更新申請中・区分変更申請中	
	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			負担割合	1・2・3 割		
	認定年月日	年 月 日		交付年月日	年 月 日			
	居宅介護支援事業所	事業所名:			担当者名: 様			
	電話: ()			FAX: ()				
希望コース	短時間コース	提供時間枠	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
		① 9:00~10:25	①	①	①	①	①	①
		② 10:30~11:55	②	②	②	②	②	②
		③ 13:30~14:55	③	③	③	③	③	③
		④ 15:00~16:25	④	④	④	④	④	
6時間コース	10:00~16:00	週 回 (月 火 水 木 金 土) ・ いつでも可						
	入浴希望	週 1 又は 2 回 (一般浴 ・ リフト浴) ・ 希望無し						
	送迎希望	有 [ステップ乗車 ・ 車イス乗車] ・ 希望無し						
利用目的	<input type="checkbox"/> 機能訓練のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労等により日中いない <input type="checkbox"/> 食事・入浴等の生活援助のため <input type="checkbox"/> 介護者の休息のため <input type="checkbox"/> 外出機会・生活の活性化のため <input type="checkbox"/> 病院・施設からの在宅復帰 <input type="checkbox"/> 認知症のため在宅での介護が難しい <input type="checkbox"/> その他()							
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅で生活中 (一戸建て ・ マンション()階 [エレベーター 有 ・ 無] ・ その他()) <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) 入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名) 入所期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)							
健康状態	かかりつけ医療機関名:			主治医: 先生 (科)				
	病歴:							
	服薬: お昼の薬(錠)							
	* 現在、医療機関に通院によるリハビリを受けていますか。 (はい ・ いいえ)							
緊急連絡先	氏名	続柄	住所			電話番号		
	①					()		
	②					()		
	③					()		