

# 訪問リハビリテーション 利用申込書

利用希望者	フリガナ											男・女	<生年月日>			
	氏名												M・T・S 年 月 日 歳			
	現住所	〒 —											TEL — —			
介護保険証	被保険者番号											TEL	担当ケアマネ			
	居宅介護支援事業所名															
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											認定日			
	要介護認定	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5														
<p>&lt;利用希望にいたった経過をお知らせ下さい。&gt;</p> <p>&lt;利用希望の動機・理由を記入して下さい。&gt;</p> <p>&lt;在宅生活を継続するためにどのようなことが必要ですか？&gt;</p>																
希望利用頻度	<input type="checkbox"/> 週に1回 ・ <input type="checkbox"/> 週に2回 ・ <input type="checkbox"/> 週に3回 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )															
希望利用時間	<input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 ・ <input type="checkbox"/> どちらでもよい ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )															
希望利用曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土															
身元引受人	フリガナ											続柄	<生年月日>			
	氏名												M・T・S・R 年 月 日 歳			
	住所												TEL			
現在の状況	①自宅で生活 主な介護者 ( ) 続柄： ( )															
	②入院中 病院名 ( ) 入院期間 ( )															
	③施設入所中 施設名 ( ) 入所期間 ( )															
病院受診状況	<input type="checkbox"/> 現在受診している <input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 直近退院日 令和 年 月 日															
	病院(医院)名 ( ) 服薬                    a 無                    b 有 ( )															
家屋状況	1. 状況 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> アパート ( F ) <input type="checkbox"/> マンション ( F )															
	2. 本人の部屋 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない															

注1 この書類に関しては要介護認定期間のみ有効です。 注2 この申込書は利用を約束するものではありません。