

老人保健施設サンライフみのり 通所リハビリ利用申込書

施設長 緒方 陽 様

令和 年 月 日

申 込 者	氏名	本人 ・ 家族（続柄： ） ・ その他（ ）
	住所	
	連絡先	（ ）

利 用 者	ふりがな	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏名	女	年	月 日 歳
	住所 〒 -			
	電話	（ ）		

介護保険被保険者番号										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態区分	要支援（ 1 ・ 2 ）	要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
---------	--------------	--------------------------

認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
---------	-------------------

連絡先（緊急時）	氏名	続柄
	住所	
	電話 自宅 （ ）	勤務先等

希 望 曜 日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 （希望曜日を○で囲んでください）
---------	---

現 在 の 状 況	1 在宅で生活中	病名
	2 入院中 医療機関名（ ）	
	3 施設入所中 施設名（ ）	服薬名

居宅介護支援事業者名
担当者名 電話 （ ）

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）	
移動：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他（ ）
食事：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ 胃ろう ・ 経管栄養 ） 主食（ 常食 ・ 粥 ） 副食（ 常菜 ・ きざみ ・ ミキサー ）
排泄：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ポータブル ・ おむつ使用（ 常時 ・ 夜間のみ ） ・ バルーンカテーテル
認知症：	有 ・ 無 問題行動： 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他（ ）
感染症：	有 ・ 無

施設への希望	施設処理欄
--------	-------

☆ この利用申込書のほかに、診療情報提供書等が必要となります。