

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 上村 享史 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。