

医療法人崇徳会 長岡西病院 通所リハビリテーション利用申し込み用紙

申込日： 年 月 日

フリガナ			男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	( )歳
氏名									
住所	〒( - )			連絡先	( )				
同居家族	有 ・ 無		主介護者	有 ・ 無 続柄( )					
緊急連絡先	氏名( ) 続柄( ) 連絡先( )								
来院手段	自家用車運転 ・ 公共交通機関 ・ 送迎(ご家族様等)								

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・申請中・区分変更・未申請								
有効期限	年 月 日 ~			年 月 日					
認定年月日	年 月 日			利用者負担割合	割				
居宅介護支援事業所	事業所名				事業所番号				
					担当ケアマネジャー				
	住所	〒( - )			TEL				
					FAX				

心身状況・ADL	座位保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (特記事項)							
	立位保持	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (特記事項)							
	移動(屋内)	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				独歩 ・ 杖 ・ 4点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子			
	移動(屋外)	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				独歩 ・ 杖 ・ 4点杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子			
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (特記事項)							
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (特記事項)							
	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 (特記事項)							
	認知症	なし ・ あり(軽度 ・ 中等度 ・ 重度) (特記事項)							
	失語症・構音障害	なし ・ あり(軽度 ・ 中等度 ・ 重度) (特記事項)							

現疾患									
既往歴									
利用前状況	在宅 ・ 入院中(病院名：			退院予定： 年 月 日)					
かかりつけ医療機関					主治医				

通所リハビリの利用目的や要望(利用回数・曜日・理学療法・作業療法・言語聴覚療法など)をご記入下さい

※担当ケアマネージャー様

必要事項をご記入の上、お手数ですが下記連絡先までFAXをお願い致します。  
ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。

医療法人崇徳会 長岡西病院 リハビリテーションセンター

電話：0258-27-8524(直通) FAX：0258-27-8509 通所リハビリ担当：金子清和

長岡西病院 リハビリテーションセンター