

利 用 申 込 書

トータルリハセンター光が丘

FAX 03-3926-8777

申込日 令和 年 月 日

届出者	指定居宅介護 支援事業者									
	事業所番号									
	氏 名				申込者との関係	ケアマネジャー				
	住 所									
	電話番号				Fax番号					
利用希望者	ふりがな				男 女					
	氏 名									
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	(歳)				
	住 所	〒								
キーパーソン	氏 名				利用希望者との関係					
	住 所	〒								
	電話番号				Fax番号					
	携帯番号				メールアドレス	@				
被保険者番号										
要介護区分		要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)								
有効期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日								
保険者名					生活保護の有無	有 無				
主治医					医療機関名					
障害高齢者の 日常生活自立度		☐ 自立	☐ J1	☐ J2	☐ A1	☐ A2	☐ B1	☐ B2	☐ C1	☐ C2
認知症高齢者の 日常生活自立度		☐ 自立	☐ I	☐ II a	☐ II b	☐ III a	☐ III b	☐ IV	☐ M	
施設への希望										
利用希望日		週 回 (月 火 水 木 金 土) 曜日の希望なし								
利用希望時間帯		9時00分～12時10分 13時30分～16時40分								
送迎		往復 片道(行き 帰り) 不要								
その他										
現在の状況										
独居・同居・入院中(退院予定 月)・デイサービス・デイケア・ショートステイ(定期的・年 回)・訪問介護・訪問看護・訪問リハ・訪問入浴・有料老人ホーム()・ケアハウス・老健(退所予定 月)・他() ☐ 歩行: 自歩・つたい歩き・介助・杖・歩行器・車椅子介助・車椅子自走 ☐ 介助が必要なこと: 食事・入浴・着脱衣・排泄・他 ・既往歴 ・特別な医療処置 ・認知症 有 無 (有の場合 認知症の程度 軽度 中度 重度) ・身体状況 その他(相談内容)										
 トータルリハセンター光が丘					〒179-0073 東京都練馬区田柄5-20-28 ルシェール光が丘102号 電話: 03-5848-8728 FAX 03-3926-8777					

事務欄

受付担当者	見学日	申込日	面接日	契約書	利用開始日	備考