

申込日

年

月

日

届出者	指定居宅介護 支援事業者											
	事業所番号											
	ふりがな						申込者との関係	ケアマネジャー				
	氏 名	様										
	住 所											
電話番号						Fax番号						
利用希望者	ふりがな											
	氏 名	様					性 別	男 女				
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)										
	住 所	〒										
	電話番号						Fax番号					
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											
被保険者番号												
要介護区分		要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)					負担割合		割			
有効期間		年 月 日 ~ 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 ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M										
施設への希望												
見学・利用希望日	見学: 月 日 ()		ご利用: 曜日の希望なし/週 回(月・火・水・木・金)									
利用希望時間帯	9時00分~12時10分					13時30分~16時40分						
見学送迎	往復 片道(行き 帰り) 不要											
送迎時注意点												
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(歩行状態)												
その他の相談内容												
↓見学をご希望の場合はFAXをお送りください。↓ 後ほどご連絡させていただきます。												
トータルリハセンター椎名町												
事業所番号 1371605138 (総合)13A1600017 〒171-0052 豊島区南長崎2-21-9オーシャンナイン1階 電話番号 03-5996-1661												
FAX番号		03-5996-1662										