見学 ・ 利用 申込書

トータルリハセンター横浜ポートサイド
FAX 045-441-7232

※見学の場合は見学に必要な事項のみご記入ください。　　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	〒		
	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		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	□Ⅱa	□Ⅱb	□Ⅲa	□Ⅲb	□Ⅳ	□M		

施設への希望					
利用希望日	週　回（ 月　火　水　木　金 ）　曜日の希望なし				
利用希望時間帯	9時00分～12時10分　　13時40分～16時50分				
見学送迎	往復　片道（ 行き　帰り ）　不要				
見学希望日・時間	第1希望:　月　日（　）　10:00　14:30				
	第2希望:　月　日（　）　10:00　14:30				

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
横浜ポートサイド

事業所番号：1740202654
〒221-0052
横浜市神奈川区栄町16-5 プレミスト横浜ポートサイド101
電話：045-441-7231
FAX 045-441-7232

事 務 欄

受付担当者	見学日	申込日		契約日	書類	利用開始日	備　考
小澤							