

# トータルリハセンター富士見台 見学・利用申込書

事業所番号  
1372011070  
13A2000035

住所  
〒176-0021 練馬区貫井1-48-4すだま1F

電話番号 03-3577-8531  
Fax番号 03-3577-8532  
申込み日 : 年 月 日

|     |                 |   |           |          |
|-----|-----------------|---|-----------|----------|
| 届出者 | 指定居宅介護<br>支援事業者 |   |           |          |
|     | 事業所番号           |   |           |          |
|     | ふりがな            |   | 利用希望者との関係 | ケアマネージャー |
|     | 氏名              |   |           |          |
|     | 住所              | 〒 |           |          |
|     | 電話番号            |   | Fax番号     |          |

|       |      |                      |             |       |
|-------|------|----------------------|-------------|-------|
| 利用希望者 | ふりがな |                      | 性別          | 男 ・ 女 |
|       | 氏名   |                      |             |       |
|       | 生年月日 | 明治／大正／昭和 年 月 日 ( 歳 ) | 独居 ・ 同居 ( ) |       |
|       | 住所   | 〒                    |             |       |
|       | 電話番号 |                      | Fax番号       |       |

|        |      |   |           |  |
|--------|------|---|-----------|--|
| キーパーソン | ふりがな |   | 利用希望者との関係 |  |
|        | 氏名   |   |           |  |
|        | 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              | 事業対象者・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                                                                                                                                                                                                                                               | 認定日  | 年 月 日 |  |
| 保険者名               |                                                                                                                                                                                                                                                             | 生活保護 | 有 ・ 無 |  |
| 医療機関名              |                                                                                                                                                                                                                                                             | 主治医  |       |  |
| 障害高齢者の<br>日常生活自立度  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |      |       |  |
| 認知症高齢者の<br>日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V                     |      |       |  |

|         |                          |                                  |                      |   |
|---------|--------------------------|----------------------------------|----------------------|---|
| 見学希望日   | 第1希望 月 日 ( ) AM / PM     |                                  | 第2希望 月 日 ( ) AM / PM |   |
| 見学送迎    | 往復 / 片道 ( 行き / 帰り ) / 不要 | 同行者                              |                      |   |
| 利用希望日   | 曜日希望無 / 月・火・水・木・金        | AM(9:00~12:10) / PM(13:30~16:40) | 週                    | 回 |
| 送迎時の注意点 |                          |                                  |                      |   |

|             |                                                 |         |                      |  |
|-------------|-------------------------------------------------|---------|----------------------|--|
| 他サービス利用     | デイサービス(週 回) / 訪問介護(週 回) / 訪問看護(週 回) / 訪問リハ(週 回) |         |                      |  |
| 既往歴         |                                                 |         |                      |  |
| 認知症         | 有(軽度・中度・重度) / 無                                 | 特別な医療処置 |                      |  |
| 身体状況        | ◇歩行(独歩/伝い歩き/杖/手引き/歩行器/車椅子(自走/介助))               |         | ◇介助必要(着脱衣/排泄/その他( )) |  |
| その他<br>相談内容 |                                                 |         |                      |  |