



トータルリハセンター立石 見学申込書

申込日 令和 年 月 日

必要事項をご記入の上、申込みしていただきますようお願いいたします。

見学者の情報									
利用希望者	(カナ)氏名				生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)			
	住所	〒 ー 区			電話番号	自宅 携帯			
被保険者番号				要介護度	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	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			要介護認定日	令和 年 月 日		生活保護	有 無	
キーパーソン	(カナ)氏名	本人との関係			電話番号				
	住所	〒 ー 区			特記事項				
現在の状況									
居住状況	家族と同居 独居	現在利用サービス	通所介護・通所リハ・ショートステイ・訪問介護・訪問看護・訪問リハ ・訪問歯科・配食サービス・住宅改修(てすり等)・その他()						
歩行状況	独歩・伝い歩き・両(片)手引き ・杖使用・歩行器使用・車椅子使用			義歯	有(部分・総) 無		構音障害 ・失語症	有 無	
既往歴	疾患や手術・入院等、時期/期間もわかる範囲で記入ください 例:脳梗塞(H28)、心臓バイパスop(R2.2.10)...						経口抗凝固薬 (ワーファリン等) ↓ の使用 ↓	有 無	
認知症	無 有⇒ 軽度 中度 重度			麻痺	無 有⇒ 麻痺の部位:				
認知症高齢者の日常生活自立度				□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IIa □IIb □IV □M					
その他・備考				本人・ご家族の希望	例:外出できるよう体を鍛えたい／入院して落ちた筋力を元に戻したい 等				

届出者	指定居宅 介護支援 事業所名				事業所番号			
	(カナ)氏名	CM			電話番号			
	住所	〒 ー 区			FAX番号			
見学希望 日程	希望日	月 日 ()			見学人数	〒124-0013 東京都葛飾区東立石3-4-4 ベルエスパス1F 地域密着:1372207082 総合:13A2200171 トータルリハセンター立石 担当:横松 TEL 03-5654-2701 FAX 03-5654-2702		
	希望 時間帯	9:40～ 10:50～ 14:10～ 15:30～			↓ 本人との関係 例:娘、CM 等			