

見学申込書

※ご利用申込みの際は、別紙「利用申込書」をご記入ください。

トータルリハセンター市川大野

FAX 047-337-7252

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		性別	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		
	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			

ご希望の欄にご記入願います。

*ご記入のない場合はこちらから希望者へご連絡させていただきます。

見学会送迎の希望 有 無

	見学会希望日	見学希望時間(*ご記入願います。)
第1希望		
第2希望		
第3希望		

送迎の関係上簡単で結構ですので、既往歴・身体状況をお伝え願います。

*事業所内あるいは個人的に身体リハや口腔ケアなどについて知りたいことや困っていることがありましたら教えてください。いつでも受け付けておりますので連絡をお待ちしております。

(例)担当している利用者様の口の中がきれいに保てていない。磨き方の指導方法が知りたい。など



トータルリハセンター市川大野

〒272-0804
千葉県市川市南大野2-2-42
電話:047-337-7251
FAX:047-337-7252

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

利 用 申 込 書

トータルリハセンター市川大野
FAX 047-337-7252

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	
	住所			
	電話番号	Fax番号		
利用希望者	ふりがな			
	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	<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
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> 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 (要介護者・要支援者のコース)					13時30分~16時40分 (要介護者・要支援者のコース)			
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()									
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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市川大野

〒272-0804
千葉県市川市南大野2-2-42
電話:047-337-7251
FAX:047-337-7252

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