

見学申込書(兼) 利用申込書

トータルリハセンター北松戸

FAX 047-366-5671

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						性別	男 女
	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	事業対象者 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)								
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	<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 (要支援・要介護者コース) 13時35分~16時45 (要支援・要介護者コース)
送迎	往復 片道(行き 帰り) 不要
その他	

現在の状況

単居・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)

	リハビリ型デイサービス	1271205070
	トータルリハセンター北松戸	〒271-0065
		千葉県松戸市南花島3-41-18-101
		電話:047-366-5670
		FAX:047-366-5671