

医療法人財団 健貢会 総合東京病院 短時間通所リハビリテーションセンター 利用申込書

※チェック必須 (□1時間以上2時間未満通所リハビリ ・ □3時間以上4時間未満通所リハビリ)

申込日 年 月 日

利用者名		生年月日	M T S	年	月	日(歳)
住 所	〒		電話番号			
緊急連絡先	氏名	(続柄)	電話番号			

<介護保険情報>

介護度		被保険者番号		<生活保護受給者>	<input type="checkbox"/>
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日	~	年 月 日

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症性老人の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
現病歴	原疾患:			合併症:					

<利用希望>

利用希望日	いつでも・月・火・水・木・金・土(午前・午後)	
	送迎希望	有 ・ 無
	リハビリテーション実施にあたってのご希望・注意点など	

<利用希望の動機・理由、医療的行為の必要な方はご記入ください。>

<ADL>	<備考>
移 動: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助	
トイレ: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助	

担当ケアマネ名		・居宅介護支援事業所 ・地域包括支援センター	
事業所番号		TEL	FAX
住所		医療機関・主治医名	

医療法人財団 健貢会 総合東京病院 通所リハビリテーションセンター
[TEL:080-3711-0970](tel:080-3711-0970) [FAX:03-3387-5464](tel:03-3387-5464)