

通所リハビリ利用申請書 兼 相談受付票

申込日： 年 月 日 公設宮代福祉医療センター 六花

利用者	氏名	男・女	M・T・S	年 月 日	(歳)
	住所	電話番号			
連絡先	氏名①	続柄()		氏名②	続柄()
	住所	住所		住所	
	電話番号	電話番号		電話番号	
希望理由					
利用形態	1日 ・ 半日 (午前 ・ 午後) ※半日は月～金のサービスです				
希望利用日	(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土)				
送迎	(施設 ・ 家族 入浴 (一般浴 ・ 機械浴) ・ 希望しない				
リハ加算	希望しない ・ 希望する(短期集中個別リハ ・ 認知症短期集中リハ ・ リハII)				
介護保険情報			※写しを添付でもOK		
介護度認定の有効期間	年 月 日～	年 月	介護度		
被保険者番号			保険者番号		
居宅介護支援事業所			担当者	負担割合	割
身体障害者手帳	種 級				
医療情報			※お分かりになる範囲で結構です。		
現病名					
内服中薬剤					
受診の状況	年月日	主な病名	受診(入院)医療機関	主治医	
	年 月頃～				
	年 月頃～				
	年 月頃～				
ADL情報					
移動手段	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 補助具 (手すり ・ 杖 ・ 車イス ・ シルバーカー ・ 他【 】)				
座位	自立	一部介助	全介助 ()		
着脱	自立	一部介助	全介助 ()		
食事	自立	一部介助	全介助 ()		
排泄	日中主に使用している器具(複数回答)				
	洋式トイレ 和式トイレ PTイレ おむつ その他()				
入浴	自立	一部介助	全介助 ()		
痴呆	無	有			

公設宮代福祉医療センター六花 通所リハビリテーション

〒345-0831 埼玉県南埼玉郡宮代町須賀177

TEL: 0480-36-2767

FAX: 0480-36-2761

【平成29年1月 改訂版】