

介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーション新規依頼書

ふりがな			生年月日		年	月	日	(歳)
氏名	(男・女)							
住所	〒 -		電話番号	自宅： 携帯電話：				
介護認定	要支援（1・2）・要介護（1・2・3）・申請中・区分変更中							
ふりがな 緊急連絡先	氏名：		続柄：		TEL：			
負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		公費	あり ・ なし				
担当ケア マネジャー	事業所名			TEL	事業所：			
	事業所番号				個人：			
	氏名			FAX				
	※フルネームで お願いします							
かかりつけ医	医療機関名：		担当医：		連絡先：			
現病歴			(家族構成)					
既往歴								
内服薬			(お薬手帳のコピーでも可)					
経緯・状況								
動作状況	屋内移動（独歩・伝い歩き・杖歩行・カート使用）		階段昇降（1段1足・1段2足・手すり使用・不可）					
	屋外移動（独歩・伝い歩き・杖歩行・カート使用）		椅子から立ち上がり（可能・何かを持って・不可）					
	コミュニケーション（支障なし・支障あり）		認知機能の低下（なし・あり）					
現状の 問題点・課題								
通所リハでの 目標・期待								
ご利用 希望曜日	月・火・水・木・金		送迎希望		なし ・ あり			
	午前 ・ 午後		事前訪問		可 ・ 不可			
見学希望日	①	月	日	午前・午後	②	月	日	午前・午後
					③	月	日	午前・午後
備考	(他施設・サービス利用の有無/状況など)							

※見学希望日は第3希望までご記入をお願いいたします。

※午前見学は10時30分から、午後見学は14時30分からを予定しておりますが、ご希望のお時間があればご相談ください。

※見学時の送迎はございません。

※ご利用希望曜日、送迎の有無によって見学案内の順番が前後する可能性がありますのでご了承ください。

南谷クリニック デイケアセンター
TEL 06-6152-8666
FAX 06-7732-3705