

# ハートテラス中野弥生町 (予防)通所リハビリテーション 申込書

TEL:03-6382-6360

FAX:03-6382-6512

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
氏名	様	男・女	M・T・S	年 月 日( 歳)
住所	※ 戸建て ・マンション(集合住宅) 階 エレベーター 有 ・ 無			
電話番号				

## 《介護保険情報》

要介護区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中(区変)
被保険者番号		認定期間	年 月 日 ~		年 月 日			
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	自立	J1	J2	A1	A2	C1	C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	II	IIIa	IIIb	IV	M	

## 《ご本人様の状態・ご利用希望》

治療中の病気 既往歴	( 年 月頃)・		( 年 月頃)			
	( 年 月頃)・		( 年 月頃)			
	( 年 月頃)・		( 年 月頃)			
ADL	意思疎通 : 良好 やや困難 困難			認知症: 無 ・ 有 ( )		
	食事 : 自立 見守り 介助			食事形態:( )		
	屋内歩行 : 自立 見守り 一部介助 全介助					
	福祉用具の使用 無 ・ 有 ( )			車イスの使用: 無 ・ 有		
	排泄動作 : 自立 見守り 一部介助 全介助			オムツ使用 無 ・ 有		
希望曜日・回数	月	火	水	木	金	曜日希望無 ( 回/週)
利用動機						
主治医	医療機関名: (通院 ・ 往診)			主治医名:		
	住所:			電話番号:		

## 《キーパーソン》

フリガナ		性別	続柄	電話番号
氏名	様	男・女		携帯番号
住所				

## 《ご担当介護支援専門員様》

事業所名		事業所番号	
氏名	様	電話番号	
		FAX番号	
住所		サービス担当者会議 希望日	

★ご記入ありがとうございました。 今後の流れについては担当: \_\_\_\_\_ よりご連絡させていただきます。  
ご不明点等ございましたら、お気軽にご連絡ください。

以下 施設記入欄

判定会議実施日 ( ) 可 否 ( )