

心体機能訓練処きあい 利用申込書

※必要な箇所に記入及び ○ をつけて下さい

申込日 年 月 日

利用者	フリガナ		性別	生年月日	大正 ・ 昭和	年 月 日	歳
			男・女				
住所				電話番号	()		
介護保険	要支援	1 ・ 2	申請中	認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		被保険者 番号			
主たる疾患				他の疾患			
かかりつけ 医・病院				電話番号	()		
かかりつけ 医意見書	有 ・ 無		※意見書有りの場合、意見書を添付して下さい。 様式は事業所または医療機関等のもので結構です。				
緊急連絡先	(続柄)			電話番号	()		

居宅支援 事業所・包括 支援センター				担当 ケアマネ			
所在地				電話番号	()		
事業所番号				FAX番号	()		

利用希望	月		火		水	木		金		土
	午前	午後	午前	午後	午前	午前	午後	午前	午後	午前
	第1希望		第2希望		第3希望					
※当施設の利用状況及び送迎状況により、希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。										
利用回数	週1回 ・ 週2回 ・ 週3回		※原則的に要支援1の方は週1回、要支援2の方は週2回としております。ただし、当施設の判断にて必要性に応じて回数を決めさせていただきます。(例：骨折、脳卒中後の退院直後の利用者等)							
利用者及び 家族の希望										
送迎	有 ・ 無		出迎え	有 ・ 無		範囲	玄関前 ・ 玄関中 ・ 自部屋			
生活状況	移動形態	独歩 ・ 杖、歩行器等 ・ 車椅子			介助レベル	自立 ・ 見守り ・ 介助				
	トイレ	自立 ・ 見守り ・ 介助			入浴	自立 ・ 見守り ・ 介助 ・ 施設利用				
	食事	自立 ・ 見守り ・ 介助			更衣	自立 ・ 見守り ・ 介助				
他施設利用										