

山手クリニック 通所・訪問リハビリテーション 利用申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名	様	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
住所	〒 -		電話 - -
緊急時 連絡先	ふりがな		続柄
	氏名	様	電話 - -
	住所	〒 -	
担当ケアマネージャー:			電話 - -
事業所名:			FAX - -
主治医:		施設名:	
主傷病名(脳梗塞、骨折など) 発症・受傷日		合併症・禁忌事項 主要障害名 (麻痺・歩行状況・高次脳機能障害など)	
要介護度	要支援 1・2	有効期限 (申請中 年 月 日)	
	要介護 1・2・3・4・5	年 月 日 ~ 年 月 日	
身体状況 【移動】 自立・見守り・一部介助 (使用補助具 一本杖・四点杖・歩行器) 【トイレ】 自立・見守り・一部介助 【コミュニケーション】 自立・見守り・一部介助		同居家族・家族歴	
利用希望			
【目的(具体的に記載下さい)】		【送迎の希望】 (通所リハの場合) あり ・ なし	
【日常生活でお困りのこと】		【その他(要望など)】	

※利用日については、ご希望に添えない場合もございます。あらかじめご了承ください。