

利用申込書

FAX 048-959-9799

草加グリーンクリニック 訪問リハビリグリーン

事業所番号		申込日	年	月	日
事業所名		申込者氏名		関係性	CM・包括・家族他()
住所	〒	TEL		FAX	
フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年齢	歳
利用者氏名	様	年	月	日	
訪問先	〒			TEL	
緊急連絡先	様	続柄		TEL	
医療機関名		受診科	科	医師名	Dr.
住所	〒			TEL	
疾患名診断名					
被保険者番号		負担割合	割	所定駐車場	有・無
介護保険関連情報	介護保険未申請・申請中・生活保護・指定難病	介護区分	【要支援】1・2・【要介護】1・2・3・4・5		

家族構成	リハビリに対する意向及び要望
同居者は線で囲む <div style="text-align: center;"> </div> キーパーソン(KP)記入	本人: 家族:

サービス内容									
<input type="checkbox"/> 健康状態のアセスメント	<input type="checkbox"/> 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 認知症維持・軽減							
<input type="checkbox"/> 日常生活の支援	<input type="checkbox"/> 身体機能の維持・改善	<input type="checkbox"/> 日常生活動作改善							
<input type="checkbox"/> 心理的な支援	<input type="checkbox"/> 入退院時の支援	<input type="checkbox"/> 生活環境調整							
<input type="checkbox"/> 家族介護の相談・助言	<input type="checkbox"/> 社会資源の活用支援	<input type="checkbox"/> エンドオブライフケア							
希望サービス回数					訪問可能な曜日・時間帯				
<input type="checkbox"/> 理学療法	週	回		月	火	水	木	金	土
<input type="checkbox"/> 作業療法	週	回	9-12	AM	AM	AM	AM	AM	AM
<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法・嚥下療法	週	回	12-18	PM	PM	PM	PM	PM	PM

他のサービス利用状況 (曜日・時間帯)	
<input type="checkbox"/> 定期受診()	<input type="checkbox"/> 訪問診療()
<input type="checkbox"/> 訪問看護()	<input type="checkbox"/> 通所介護()
<input type="checkbox"/> 訪問介護()	<input type="checkbox"/> その他()

特記事項 (担当ケアマネジャー様からの要望・コメント)

新規受付カルテ立て (指示書待ち) へ	
利用申込書を受付ました	受付者
年 月 日	
①裏面を印刷してカルテ立へ ②新規受付票に必要事項を記載する	

シフト調整欄	日程連絡
	<input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他() <div style="text-align: right;">月 日</div>

