

# 通所リハビリテーション申込書

介護老人保健施設 西美濃さくら苑 様

令和 年 月 日

**介護老人保健施設 西美濃さくら苑に利用の申込をします。**

利用希望者	氏名	フリガナ	男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生	歳	
	住所	〒							
	要介護度	申請中		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5			
	認定期間	年 月 日 ~				年 月 日			
	居宅介護支援事業所名						担当ケアネ		
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 主な介護者 ( ) <input type="checkbox"/> 入院中 病院名 ( ) 入院または入所日 <input type="checkbox"/> 入所中 施設名 ( ) 年 月 日~							
申込者	氏名	(印)						利用者との関係	
	住所	〒							
		自宅電話 ( )	-		勤務先名				
	携帯 ( )	-		勤務先電話 ( )		-			
家族状況 (申込者除く)	利用者と同居の家族氏名	年齢	続柄	職業	同居以外の親族	年齢	続柄	居住地	
理由	<input type="checkbox"/> リハビリをして欲しい <input type="checkbox"/> その他 ( )								
サービス希望	① 入浴		<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない					
	② 送迎		<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない					
	③ その他 ( )								
	1週間の利用回数	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	希望する曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 何曜日でもよい		
希望者の心身状況	<p>◎ <b>自分で歩くことが</b></p> <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや不自由 (つたい歩き ・ 杖 ・ 手押車 ・ 歩行器) <input type="checkbox"/> 不自由      車椅子 (操作可・操作不可) <p>◎ <b>自分で食事をすることが</b>      <input type="checkbox"/> できる      <input type="checkbox"/> 一部できない      <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない      <input type="checkbox"/> 経管栄養</p> <p>◎ <b>自分でトイレに行くことが</b>      <input type="checkbox"/> できる      <input type="checkbox"/> 一部できない      <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない</p> <p>◎ <b>お風呂に入ることが</b>      <input type="checkbox"/> できる      <input type="checkbox"/> 一部できない      <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない</p> <p>◎ <b>認知症のある場合 (認知の症状でまわりの人が困っていること)</b></p> <input type="checkbox"/> (昼・夜) 徘徊がある <input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( )								