

「利用」・「体験」いずれかに

利用申込書・体験申込書

2 枚組

○をして下さい。

利用希望事業所名		リハビリデイサービス リトライ			事業所番号 2774402701		
希望曜日	月・火・水・木・金	希望コース	午前 3 時間半 ・ 午後 3 時間半				
利用開始希望日 (体験の場合は体験希望日)							
H		年	月	日	()		
送迎希望	あり・なし	同行者 名・続柄 ()					
包括・居宅	事業所名			担当			
				CM			
連絡先	TEL			FAX			
ご本人	ふりがな			男・女	生年月日		
	氏名			西暦・明・大・昭	年 月 日	歳	
	住所			TEL	()	—	
				携帯	—	—	
	住居形態	一戸建て・集合住宅 (エレベーター あり・なし)		同居状況	独居・配偶者・家族・ その他		
障害者手帳 級 障害名 ()							
連絡先	ふりがな			TEL			
	氏名			携帯			
	続柄			住所			
介護保険	障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・C 1・C2		認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・III・IIIa・ IIIb		
	保険申請	申請・申請中・変更中		支援・介護度 ()	公費：生保・原発・その他 ()		
	被保険者番号			保険者番号			
	認定日・交付日			有効期限			
フ エ ー ス シ ー ト	A D L	移動	自立・見守・一部介助・ 全介助	歩行器具	・ 4 点杖 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子	喫煙	有・無
		麻痺	なし・あり(左・右) 装具 (あり・なし)	食事	自立・見守・ 一部介助・全 介助	飲酒	有・無

	排泄	自立・見守・一部介助・ 全介助	伝い歩き	可・不可	視力	普通・見えにくい・ 見えない
	入浴	自立・見守・一部介助・ 全介助	意思疎通	普通 やや不良 不良	聴力	普通 聞こえにくい 聞こえない
	特記事項					

病 歴

	疾患名	医療機関・担当医	経過	備考
年 月 日 現在			治療中・経観中・その他	
			治療中・経観中・その他	
			治療中・経観中・その他	
			治療中・経観中・その他	
			治療中・経観中・その他	
			治療中・経観中・その他	

病歴欄に関し、運動制限や注意事項ありましたら、記入お願い致します。

※意見書（診断書）送付お願い致します。

※病状や状態により、かかりつけ医師に運動に関して確認をお願いする場合がございます。

申込書を確認し、こちらより連絡を入れさせていただきます。

※記入に際してはケアマネージャー様をご記入下さい。

リハビリデイサービス リトライ

事業所番号 2774402701

大阪市城東区放出西2丁目19番10号

TEL 06-6965-8881

FAX 06-6965-8881