

中田病院 介護保険サービス利用申込書

記入日：平成 年 月 日

対象者名	フリガナ	男・女	住所	〒
	様			
	明・大・昭 年 月 日 (歳)			電話番号 ()
希望するサービスの種類		<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		

1. 基本利用者情報

介護保険	保険者番号		被保険者番号	
	要介護度	申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
	認定日	平成 年 月 日		
	認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
主治医またはかかりつけ医	医療機関名	電話番号 ()		
	医師名	診療科 ()		
	診察頻度	診療方法 (外来受診 ・ 往診)		
緊急連絡先	①	フリガナ 氏名	続柄 ()	電話番号 ()
	②	フリガナ 氏名	続柄 ()	電話番号 ()
	③	フリガナ 氏名	続柄 ()	電話番号 ()
感染症	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()			
公費受給状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護費 <input type="checkbox"/> 特定難病医療費 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療費			
現在の状態	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院(所)中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	医療機関(診療科目)・施設名： 退院(所)日：平成 年 月 日 (退院 ・ 予定) ※「自宅」に☑した方で、この1年以内に入院(所)した期間がある場合はその際の情報をご記入下さい。			

2. 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）情報

事業所名	(事業所番号)		
担当者			
連絡先	〒	電話番号 ()	FAX番号 ()

※2枚目もご記入ください。→

3. 通所リハビリテーション情報

※通所リハビリテーションをご希望の方はご記入ください。

希望日	<input type="checkbox"/> 月曜日	<input type="checkbox"/> 火曜日	<input type="checkbox"/> 水曜日	<input type="checkbox"/> 木曜日	<input type="checkbox"/> 金曜日	<input type="checkbox"/> 土曜日
希望時間帯	<input type="checkbox"/> 第1クール（13：40～15：00）		<input type="checkbox"/> 第2クール（15：30～16：40）			
利用の目的 本人・家族の要望等						
送迎	希望の有無	<input type="checkbox"/> あり（水曜日・土曜日）・ <input type="checkbox"/> なし				
	希望の理由	*独居の方や医療機関からの退院後間もない方を優先しておりますのでご希望に添えない場合がございます。				
ご利用の条件	確認 <input type="checkbox"/> トイレでの排泄が可能な方。オムツの使用はできません。 確認 <input type="checkbox"/> 感染症等の状況に応じてご利用できない場合がございます。					

4. 訪問リハビリテーション情報

※訪問リハビリテーションをご希望の方はご記入ください。

希望曜日・時間		希望頻度	
<利用の目的>			
<本人及び家族の要望など>			

5. 週間予定表（現在のサービス利用状況）

※簡潔でかまいません。

	月	火	水	木	金	土	日
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							

内容を確認させていただき、改めてこちらからご連絡申し上げます。