

日本赤十字社総合福祉センター 介護老人保健施設 レクロス広尾  
通所・介護予防通所リハビリテーション 利用申込書

年 月 日

日本赤十字社総合福祉センター 介護老人保健施設 レクロス広尾 通所リハビリテーション・ 介護予防通所リハビリテーション 東京都渋谷区広尾4丁目1番23号 電話番号：03-6861-4802 FAX：03-6861-4812		↔		・事業所名： _____	
				・担当ケアマネジャー： _____	
				・電話番号： _____	
				・FAX番号： _____	
(フリガナ)		保険者	区	番号	
利用者氏名		被保険者番号			
生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳 )	性別 ( 男 ・ 女 )
現住所	〒 _____		(電話番号 _____ ) (携帯番号 _____ )		
要介護状態区分	申請中 ・ 要支援 ( 1 ・ 2 ) ・ 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )				
	<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 ( 年 月 日申請 ) <input type="checkbox"/> 更新申請中 ( 年 月 日申請 )				
認定日	年	月	日	交付日	年 月 日
認定期間	年 月 日		～	年 月 日	
現病歴	※通所リハビリ利用に至った原因となる疾病等を記入してください				
身体障害者手帳	種 級	生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居	主介護者(続柄) 連絡先	氏名 ( )		<input type="checkbox"/> 戸建て
	<input type="checkbox"/> 同居		連絡先	<input type="checkbox"/> 集合住宅 階	
利用希望	<input type="checkbox"/> 6時間 <input type="checkbox"/> 午前2時間 <input type="checkbox"/> 午後2時間			週 回 (月・火・水・木・金・曜日問わず)	
送迎	<input type="checkbox"/> 要 ( <input type="checkbox"/> 往復 / <input type="checkbox"/> 片道 )		入浴	<input type="checkbox"/> 要	食 事
	<input type="checkbox"/> 不要			<input type="checkbox"/> 不要	
移動手段	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他 ( )			認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主治医等の指示 リハビリ希望内容	※ご利用にあたり「主治医からの指示内容」を必ずご記入ください				

日常生活(基本動作・移動能力など) 該当するものに○印

	自立	一部介助	全介助	介護内容		自立	一部介助	全介助	介護内容
食事									寝返り
服薬				6時間希望の場合 昼食薬：あり・なし					起き上がり
整容/口腔ケア									座位
入浴									立ち上がり(床)
更衣									立ち上がり(椅子)
コミュニケーション									移乗(椅子-ベッド)
トイレ動作									立位保持
排尿/排便コントロール									階段昇降