

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 -) 住所： (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 <input type="checkbox"/> 同居	主介護者(続柄) 連絡先	氏名 () 連絡先	<input type="checkbox"/> 戸建て <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) <input type="checkbox"/> 不要		入浴	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	食 事	<input type="checkbox"/> 要 形態：普通食・その他 () <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				

2024年6月1日更新