

介護老人保健施設イーハートープ  
通所リハビリテーション利用申込書

NO.1

記入日：平成 年 月 日

対象者名	フリガナ	住所	〒
	様		
	明・大・昭 年 月 日		

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	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 区分変更中
	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	
現在の状況 最近の経過	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院(入所)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ください。	
【 病名・既往歴等 最近の経過 】		
【 内服薬 】 *薬剤情報などを添付して頂いても結構です。		

ADL	移動	自立・一部介助・全介助	
	食事	自立・一部介助・全介助	療養食(有・無)
	排泄	自立・一部介助・全介助	
	更衣	自立・一部介助・全介助	
	入浴	自立・一部介助・全介助	
	意思疎通		
	その他		
日常生活自立度	寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症	無し・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
家族構成		介護者の状況	同居： 同居以外：

## 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( )		

## 3. 通所リハビリテーション情報

ご利用時間	<input type="checkbox"/> 6～8時間 <input type="checkbox"/> 1～2時間 <small>*1～2時間は送迎・入浴・食事はありません。</small>		
ご利用希望曜日	月・火・水・木・金・土 / 週 回希望 / 特に曜日の希望なし		
送迎希望	あり・なし	車椅子対応の必要性の有無	あり・なし
入浴希望	あり・なし	寝台浴対応の必要性の有無	あり・なし
利用の目的 本人・家族の要望等			
リハビリテーションの 観点から 今後のサービスに 期待すること			

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。

医療法人謙和会 介護老人保健施設イーハートープ（通所リハビリテーション）

〒020-0866 岩手県盛岡市本宮一丁目6-12 / TEL 019-636-2626