

【申し込みFAX】

FAX 03-6379-0428

(TEL 03-6379-0605)

通所リハビリテーションセンター 梅ヶ丘（長時間・短時間） 利用申込書

申込日 年 月 日

利用者名		男・女	生年月日	M T S	年 月 日(歳)
住所	(アパート名マンション名までご記入下さい)			電話番号	
かかりつけ医療機関				主治医	

<介護保険情報>

介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	負担割合	1割・2割・3割
被保険者番号			<生活保護受給者> <input type="checkbox"/>	<さくら証> <input type="checkbox"/>
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日～	年 月 日
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
認知症性老人の日常生活自立度	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M		

<利用希望> 希望の事業所に○をつけてください。

() 通所リハビリテーションセンター 梅ヶ丘（短時間） を希望する

() 通所リハビリテーションセンター 梅ヶ丘（長時間） を希望する

利用希望日	いつでも・月・火・水・木・金・土 / 午前・午後	利用希望回数	週 回	
サービス内容	入浴希望	有・無	送迎希望	有・無
	入浴方法いずれかに○ 一般浴 リフト浴 機械浴	送迎時 車椅子対応希望		有・無
		ステップ乗車		可・不可
現在の状況	①自宅で生活 ②入院中（病院名： 退院予定日： ） ③施設入所中（施設名： 退所予定日： ）			

本人・家族希望(又は困っていること)

既往歴	(年 月～)	現在治療中の病気	(年 月～)	
	(年 月～)		(年 月～)	
	(年 月～)		(年 月～)	
医療行為の必要性	インシュリン注射	なし あり	在宅酸素	なし あり
	経管栄養	なし あり	褥瘡	なし あり
	ストマ	なし あり	バルンカテーテル	なし あり
感染症	検査未実施	なし	あり (HB・HCV・結核等感染症)	
担当ケアマネージャー名			TEL	
居宅介護支援事業所 地域包括支援センター			FAX	

東京リハビリテーションセンター世田谷

通所リハビリテーションセンター梅ヶ丘

〒156-0043 東京都世田谷区松原6丁目37番1号