

新越谷病院  
通所リハビリテーション利用申込書

NO.1

記入日： 年 月 日

利用者様氏名	フリガナ  (男・女)	生年月日	M・T・S 年 月 日( 歳)
住所	〒	電話番号	
介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5		
介護保険有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
障害等認定	身障( )・精神( )・難病( )・その他( )		
主病名		発症日	
心疾患	有・無 ※有の場合のみご記入ください 診断名： 発症日： 治療歴： 医療機関：		
感染症	有・無 ※有の場合のみご記入ください 診断名： 発症日： 治療歴： 医療機関：		
かかりつけ医	医療機関名： 医師名： 診療科： 診察頻度： 診療方法( 外来・往診 )		
緊急連絡先①	フリガナ 氏名	(続柄： )	TEL： 住所：
緊急連絡先②	フリガナ 氏名	(続柄： )	TEL： 住所：
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： 年 月 日( 退院・予定 )		
	※自宅に☑した方で、この1年以内に入院(所)した機関がある場合はその際の情報をご記入ください <b>【病名・既往歴等 最近の経過】</b>		
	<b>【内服薬】</b> ※薬剤情報などを添付して頂いても結構です		

ADL	移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( )		
	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( )		
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( )		
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他( )		
	意思疎通			
	その他			
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度： 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度： 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
家族構成		介護者の 状況	同居：  同居以外：	
利用目的 本人・家族の要望等				
利用希望日時	月(AM・PM) ・ 火(AM・PM) ・ 水(AM・PM) 木(AM・PM) ・ 金(AM・PM) ・ 土(AM・PM)		希望回数：週 回	
送迎希望	あり ・ なし	車いす対応の必要性		あり ・ なし
居宅介護支援事業所	事業所名：		(事業所番号： )	
	ご担当者：			
	電話番号：		FAX番号：	
	住所：			

内容を確認させて頂き、改めてこちらからご連絡申し上げます。

IMSグループ 医療法人財団 明理会 新越谷病院 通所リハビリテーション  
〒343-0815 埼玉県越谷市元柳田町6番45号 /TEL:048-971-8221 FAX:048-964-7155