

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		(続柄:) TEL:					
	氏名		住所:					
緊急連絡先②	フリガナ		(続柄:) TEL:					
	氏名		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							
	【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 ・ 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