

東馬込しば整形外科通所・訪問リハビリテーション 利用申込書

1. 事業者様について

事業所名		電話番号	
担当者氏名		FAX番号	

2. 利用者様について

性別	男・女	年齢	歳	同居者	無・有()
介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)				
既往歴	現在治療中および過去の治療歴 麻痺があればその部位・程度				

心身の状態

障害高齢自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

生活機能

移動	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない
	車いす使用	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
	歩行補助装具の使用	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
排尿・排便		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 意思はあるが自立していない <input type="checkbox"/> していない

3. サービス内容について

希望曜日	月 火 水 木 土
希望時間	午前中 早め 遅め 午後 早め 遅め いつでも可

通所・訪問リハビリ 目的・希望	
--------------------	--

4. その他

連絡事項	
------	--

- ・定員に空きがない場合、リハビリ開始までお待ちいただくこともございます。
- ・まずお電話でご確認ください
- ・送迎は原則おこなっておりませんのでご了承ください。

TEL: 03-5718-8811 東馬込しば整形外科
FAX: 03-5718-8812