

利用申込書

FAX 048-948-8284

在宅リハビリテーションセンター草加

事業所番号		申込日	年	月	日
事業所名		申込者氏名		関係性	CM・包括・家族 他()
住所	〒	TEL		FAX	

利用者氏名	〒	生年月日	T・S・H・R	年齢	歳
訪問先	〒	年	月	日	
緊急連絡先	〒	続柄		TEL	
医療機関名 (指示書依頼先)		受診科	科	医師名	Dr.
住所	〒			TEL	
疾患名診断名					
被保険者番号		負担割合	割	所定 駐車場	有・無
要介護度	未申請・申請中・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	公費受 給者証	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 重心	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 小児慢性

家族構成	看護・リハビリに対する意向及び要望
同居者は線で囲む キーパーソン(KP)記入 <div style="text-align: center;">〒</div>	本人: 家族:

サービス内容		
<input type="checkbox"/> 健康状態のアセスメント	<input type="checkbox"/> 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 認知・障がい者の看護
<input type="checkbox"/> 日常生活の支援	<input type="checkbox"/> 病状悪化の防止(予防的看護)	<input type="checkbox"/> リハビリテーション看護
<input type="checkbox"/> 心理的な支援	<input type="checkbox"/> 入退院時の支援	<input type="checkbox"/> 重度心身障がい児者の看護
<input type="checkbox"/> 家族介護の相談・助言	<input type="checkbox"/> 社会資源の活用支援	<input type="checkbox"/> エンドオブライフケア

希望サービス回数	訪問可能な曜日・時間帯
<input type="checkbox"/> 訪問看護(Ns) 週 回	月 火 水 木 金 土
<input type="checkbox"/> 身体リハ(PT・OT) 週 回	9-12 AM AM AM AM AM AM
<input type="checkbox"/> 言語・嚥下(ST) 週 回	12-18 PM PM PM PM PM PM

他のサービス利用状況(曜日・時間帯)	
<input type="checkbox"/> 定期受診()	<input type="checkbox"/> 訪問診療()
<input type="checkbox"/> 訪問看護()	<input type="checkbox"/> 通所(介護・リハ)()
<input type="checkbox"/> 訪問介護()	<input type="checkbox"/> その他()
特記事項(担当ケアマネジャー様からの要望・コメント)	