

# リハビリデイサービス りんごの樹 体験利用申込書

FAX 072-940-7245

平成 年 月 日

ご希望日	平成 年 月 日 ( 曜日)			
ご利用者様	(ふりがな)		性別	<input type="checkbox"/> 男性
	氏名			<input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	明・大・昭和 年 月 日生まれ ( 歳)		
	住所			
	TEL		FAX	
緊急連絡先	氏名			
	電話			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) <input type="checkbox"/> 申請中			
被保険者番号				
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
既往歴				
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
A D L	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 失禁パンツ		
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えない ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )		
	聴力	<input type="checkbox"/> 難聴 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 ) <input type="checkbox"/> その他		
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
精神機能	精神障害	<input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 人格障害 <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> その他		
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( I II a III a III b IV )		
本人・家族の意向 (その他)				
貴事業所	貴事業所名			
	住所			
	電話			
	ご担当者様			

ご記入ありがとうございました。後ほど担当者からご連絡申し上げます。