

通所リハビリテーション申込書

医療法人 泰一会
介護老人保健施設 みかじま 施設長殿

下記の通り貴施設の通所リハビリを希望いたします。

平成 年 月 日

利用者	ふりがな		印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
	氏名			性別	男・女		
	住所	〒		電話	()		
申込者	ふりがな		印	続柄			
	氏名			電話	()		
	住所	〒		携帯	()		
				fax	()		
連絡先① <small>* 申込者と同じ場合は未記入</small>	氏名			電話			
			続柄 ()				
連絡先②	氏名			電話			
			続柄 ()				
介護保険	要支援 (1 ・ 2) / 要介護度 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)						
介護保険 負担限度額証	□有 (段階) □無						
利用される理由							
今後の利用希望	回数	1回/週	2回/週	その他	回/週		
	曜日	月	火	水	木	金	土
	その他 ()						
移動時の希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 車椅子使用 (ご自分用 / 施設貸し出し) <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 (ご自分用 / 施設貸し出し) <input type="checkbox"/> その他 ()						
かかりつけ医療機関:					TEL		
担当ケアマネージャー:				所属事業所:	TEL		

診 療 情 報 提 供 書

当施設の利用目的：入所 ・ 短期入所 ・ 通所 （いずれかに○印をつけてください）										
氏名							性別	男 ・ 女		
生年月日	年	月	日	年齢	歳					
病名							処方			
既往歴										
経過										
認知症	無 ・ 有	中核症状・周辺症状								
検査実施日 平成 年 月 日										
胸部X-P 所見										
心電図 所見										
尿検査	蛋白()	糖()	潜血()	MRSA	(+ ・ -) 部位:					
WBC	TP	BUN	CRP	総コレステロール						
RBC	Alb	Cr	HBs抗原	HDL						
Hb	GOT	Na	HCV抗体	LDL						
Ht	GPT	K	褥瘡	中性脂肪						
Plt	γ-GTP	Cl	皮膚疾患	Glu						
肺炎球菌ワクチン接種(未・済・不明)							必要時HbA1C			
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用(可・否)と認めます。										
平成 年 月 日										
医療法人				所在地						
				電話						
				名称						
				医師氏名						