

医療法人社団はなびさ 赤羽整形リウマチクリニック  
赤羽整形リハビリデイサービス 新規利用申込書

申し込み日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭	年	月	日
利用者氏名			電話				
住所	〒						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 独居
被保険者番号		身障	有 ( 種 級 )	・無	生保	有・無	
要介護状態	支援1・2、介護1・2・3・4・5		認定日	令和	年	月	日
有効期間	年	月	日	～	年	月	日
					自己負担	1割・2割・3割	

《担当CM》

氏名	住所 〒		
事業所名		事業所番号	
電話	FAX		

緊急連絡先氏名		続柄	
住所		電話	

医療機関名		主治医氏名	
所在地		電話	
診断名			
医療情報			

利用希望日	週 回	月・火・水・木・金・土・希望なし	利用時間	午前・午後					
送迎	往復	片道 (行き・帰り)	不要	入浴	有・無	食事 おやつ	有 (普通・刻み) ・無	運動	有・無

日常生活	自立/J1/J2/A1/A2/B1/B2/C1/C2	身長	cm	体重	kg	※自立度/身長 体重は主治医意 見書から転記
認知症	自立/Ⅰ/Ⅱa/Ⅱb/Ⅲa/Ⅲb/Ⅳ/M	問題行動：				

歩行状態	自立・杖・歩行器・装具・装具+杖・車椅子 特記：					
------	-----------------------------	--	--	--	--	--

認定調査	嚥下	できる・見守り・できない	食事摂取	自立・見守り・一部介助・全介助		
	<input type="checkbox"/> 腔清掃	自立・見守り・一部介助・全介助 ※認定調査用紙から転記				

主治医意見書	摂食嚥下機能の低下	あり・なし	※主治医意見書の4(3)から転記			
--------	-----------	-------	------------------	--	--	--

チェックリスト	固い物がたべにくくなった	はい・いいえ	むせる	はい・いいえ	<input type="checkbox"/> 渴	あり・なし
---------	--------------	--------	-----	--------	----------------------------	-------

食事・更衣・排泄・入浴・移乗等	自立・介助：
-----------------	--------

長期目標	
------	--

短期目標	
------	--

備考	
----	--