

株式会社そわか リハビリ特化型デイサービス リハビリの羽
 リハビリの羽 新規・体験利用申込書

申し込み日 R 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	〒															☐ 同居 ☐ 独居		
被保険者番号											身障	有（	種	級	）	・無	生保	有・無
要介護状態	事業対象・支援1・2、介護1・2・3・4・5										認定日	平・令	年	月	日			
有効期間	平・令					年	月	日	～平・令					年	月	日	自己負担額	1割・2割・3割

居宅介護支援事業所名											事業所番号					
担当ケアマネ											電話					
所在地											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・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	非対応	運動	有・無				

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							
	口腔清掃	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		口渇	あり・なし			
認知症	あり（自立度： ）・なし 問題行動：														
食事・更衣・排泄・入浴・移乗等					自立・介助：										

長期目標															
短期目標															

リハビリ特化型デイサービスリハビリの羽：048-884-9699（FAX）															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--