

浦安リハビリ デイステーション 申込書

平成 年 月 日

CM 情報	事業所名		ご担当CM様	
ご利用者様	ふりがな		T E L	
	氏名			
	住所			

※太枠のみご記入願います。

介護 保険	被保険者番号		保険者名	
	要介護認定区分	要介護 () 要支援 ()	有効期限	
	生活保護		被保険者 生年月日	

緊急 連絡先	ふりがな		続柄	
	氏名		T E L	
	住所			

医療 情報	医療機関名		診療科目		主治医	
	連絡先					
	主な疾患・禁忌	・高血圧 ・脳梗塞(麻痺:右 ・ 左 その他: ())				
		・内臓疾患() ・呼吸器疾患() ・神経障害() ・骨折()				
		・糖尿病 ・薬の副作用 ・ペースメーカー(有・無)				
特記						

ご利用者様 情報	移動	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守り ・ 自立	視力	十分 ・ 障害()
	補助具	車いす ・ 歩行器 ・ 杖	聴覚	十分 ・ 障害() 補聴器: 有 ・ 無
	排泄	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守り ・ 自立		水分制限: あり ・ なし
	精神面			
	生活の様子			
	家族構成			

浦安リハビリ デイステーション

介護保険事業所番号 1273201069

TEL 047-711-2034 FAX 047-711-2064

浦安市富岡4丁目1番11号 1階