

行徳リハビリデイステーション 申込書

令和 年 月 日

| | | | | | |
|----------|------|--|--------|--|---|
| CM 情報 | 事業所名 | | ご担当CM様 | | 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 | | | |

行徳リハビリデイステーション

介護保険事業所番号 1270802687
TEL 047-307-8711 FAX 047-307-8712
市川市行徳駅前2丁目10番19号 1階