

**あおいクリニック通所リハビリテーション
申込書**

1.事業所様について

事業所名		電話番号	
担当者氏名		FAX番号	

2.利用者様について

性別	男 ・ 女	年齢	歳	同居者	無 ・ 有 ()
介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)				
既往歴	(現在治療中及び過去の治療歴) (脳血管障害の程度：例/片麻痺など)				

心身の状態

障害高齢者自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V

生活機能

移動	屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助があればしている <input type="checkbox"/> していない
	車いす使用	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 主に自分で操作している <input type="checkbox"/> 主に他人が操作している
	歩行補助装具の使用	<input type="checkbox"/> 用いていない <input type="checkbox"/> 屋外で使用 <input type="checkbox"/> 屋内で使用
排尿・排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 意思はあるが自立していない <input type="checkbox"/> していない	

3.サービス内容について

希望曜日	月 火 水 木 金	第一希望→○ 第二希望→△をつけて下さい ※水曜は午前のみ 【 週に 1回 ・ 2回 】
希望時間	1. 午前 【 9時台 ・ 10時台 ・ 11時台 】 2. 午後 【 1時台 ・ 2時台 ・ 3時台 ・ 4時台 】	第一希望→○ 第二希望→△ 第三希望→□
送迎	<input type="checkbox"/> 希望 (自宅前 ・ 近隣) (住所区域：) <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 希望しない ※但し送迎可能地域に限る ※希望される方は必ず住所区域も御記入下さい	
通所リハ目的		

4.その他

連絡事項	
------	--

※お試しの日時、送迎対応についての詳細のご返事は翌日以降に連絡を致します。

※利用者情報の内容等で当事業所での通所リハが困難と判断される場合もあります。

FAX 072-891-3934



通所リハビリテーション

電話番号 072-891-3914 (直通) 070-6556-2354

担当 杉・川野

