

申込日： 年 月 日

居宅 支援 事業所	事業所名		担当CM	
	住所		TEL	
	事業所番号		FAX	

## ★ご利用者様情報★

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	住所	〒	
	生年月日	年 月 日生	歳	TEL	
保険 情報	介護(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中・区分変更中				
	保険者番号				
	被保険者番号	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日		
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			
	医療 保険	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者 ・ 障害手帳			
公費負担医療受給者証		あり(種類: ) ・ なし			
		認定年月日	年 月 日		
生活保護 ・ その他( )					
主治 医	医療機関名		(ふりがな) 医師名		
	住所		診療科		
	在宅 ・ 入院中(退院日: )			TEL	
疾患 名		主 症 状			
介護 者		氏名(ふりがな)	続柄	住所	電話番号
	主介護者				
	緊急 連絡先				

A D L	食事		排泄	
	移動		認知機能	
	清潔		その他	
家 屋 状 況	家屋	一軒家 ・ 集合住宅(エレベーター有 ・ 無) / 持ち家 ・ 賃貸		
	居住階	1階 ・ 2階以上( 階)		
	寝具	ベッド ・ 布団		
	住宅改修	施工済み ・ 未施工		
	改修内容			

希望日時	曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
	時間帯	AM ・ PM
他サービス利用状況		
訪問リハビリ導入の経緯		

分かる範囲で結構です。お手数おかけしますが、ご記入お願い致します。