

## まるがめ医療センター 訪問リハビリテーション 申込書

<b>【宛先】</b> まるがめ医療センター 地域連携室 御中	<b>【発信者】</b> 事業所名： 担当者：	<b>【発信日】</b> 令和 年 月 日
利用者氏名（ふりがな）		生年月日
（ふりがな）： 利用者氏名：		大正・昭和 年 月 日 歳
利用者住所		現病歴・既往歴
〒		現病歴： 既往歴：
担当事業所		担当ケアマネジャー
TEL		
かかりつけ病院・主治医氏名		介護度
かかりつけ病院： 主治医氏名：		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
利用目的及び希望(本人)		利用目的及び希望(家族)

**【1】 訪問リハビリ希望曜日 ※時間をご相談させていただきます**

訪問リハビリ	月	火	水	木	金
--------	---	---	---	---	---

**【2】 他サービス利用曜日と利用時間**

サービス	月	火	水	木	金
	：	：	：	：	：
	：	：	：	：	：
	：	：	：	：	：
	：	：	：	：	：

**【3】 本人の状況**

日常生活動作	移動	自立・一部介助（ ）・全介助
	排泄	自立・一部介助（ ）・全介助
	食事	自立・一部介助（ ）・全介助
	更衣	自立・一部介助（ ）・全介助
	入浴	自立・一部介助（ ）・全介助
	福祉用具	装具・1本杖・4点杖・歩行器（ ）・車椅子
	その他注意点	