



# リハビリあ・える 利用申込書

申込日 平成 年 月 日

氏名	フリガナ		M・T・S 年 月 日		居宅事業所名		担当者名		
			男 ・ 女 歳		電話・FAX ( ) - ( ) -				
住所	〒 -		被保険者番号		保険者名称		市 町 村		
			認定年月日 平成 年 月 日		保険者番号				
被保険証住所	上記と異なる場合記入		交付年月日 平成 年 月 日		有効開始日		平成 年 月 日		
連絡先	自宅 ( ) -		介護保険認定		事業対象者		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	家族 ( ) - 様方		認定有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
希望日程		月	火	水	木	金	土	提供サービス 8 種類	
	午前							機能訓練 機器評価	
開始希望日 年 月 日	午後							川平法 (月・木午後) 入浴訓練	
								ミニデイ (午前) 短期集中 (火・金午後)	
医療機関	病院 科		心身状況		身長 cm 体重 kg 体型・姿勢		備考(状態・使用器等)		
	病院 科				食事	自立	見守り	一部介助	全介助
	病院 科				排泄				
既往歴			ADL状況		更衣				
					入浴				
					立位				
					歩行				
					移動				
障害者手帳	障害名 ( )種 ( )級				会話				
	県 第 号 交付 年 月 日				視覚				
					聴覚				