イムス埼玉越谷病院
通所リハビリテーション利用申込書

記入日:　　年　　月　　日

利用者様氏名	フリガナ （男 ・ 女）	生年月日	M・T・S　年　月　日（　歳）
住所	〒	電話番号	
介護度	□ 申請中　□ 要支援 1 ・ 2　□ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護保険有効期間	年　月　日 ～ 年　月　日		
障害等認定	身障（　）・ 精神（　）・ 難病（　）・ その他（　）		
主病名		発症日	
心疾患	有 ・ 無　※有の場合のみご記入ください 診断名:　発症日:　治療歴:　医療機関:		
感染症	有 ・ 無　※有の場合のみご記入ください 診断名:　発症日:　治療歴:　医療機関:		
かかりつけ医	医療機関名:　医師名: 診療科:　診察頻度:　診療方法（ 外来 ・ 往診 ）		
緊急連絡先①	フリガナ　（続柄:　）TEL: 氏名　住所:		
緊急連絡先②	フリガナ　（続柄:　）TEL: 氏名　住所:		
現在の状況 最近の経過	□ 自宅　□入院（入所）中　□その他（　） 医療機関（診療科目）・施設名 : 退院（所）日 :　年　月　日（ 退院 ・ 予定 ） ※自宅に☑した方で、この1年以内に入院（所）した機関がある場合はその際の情報をご記入ください		
	【病名・既往歴等　最近の経過】		
	【内服薬】 ※薬剤情報などを添付して頂いても結構です		

ADL	移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他（ ）		
	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他（ ）		
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他（ ）		
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ その他（ ）		
	意思疎通			
	その他			
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度: 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M			
家族構成			介護者の状況	同居: 同居以外:
利用目的 本人・家族の要望等				
利用希望日時	月（AM・PM） ・ 火（AM・PM） ・ 水（AM・PM） 木（AM・PM） ・ 金（AM・PM） ・ 土（AM・PM）		希望回数:週 回	
送迎希望	あり ・ なし	車いす対応の必要性	あり ・ なし	
居宅介護支援事業所	事業所名: （事業所番号: ）			
	ご担当者:			
	電話番号:		FAX番号:	
	住所:			

内容を確認させて頂き、改めてこちらからご連絡申し上げます。

IMSグループ 医療法人財団 明理会 イムス埼玉越谷病院 通所リハビリテーション
〒343-0838 埼玉県越谷市蒲生4-13-23 /TEL:048-984-7631 FAX:048-984-7864