利　用　申　込　書

申込日：　　年　　月　　日

利用者	フリガナ		男・女	明・大・昭　年　月　日	歳
	氏　名				
	住　所	〒（　　－　　）	連絡先		
緊急連絡先	フリガナ		続　柄		
	氏　名				
	住　所	〒（　　－　　）	連絡先		
居宅介護支援事業所	事業所名		事業所番号		
			担当 CM		
	住　所	〒（　　－　　）	TEL		
			FAX		

利用希望枠	月	火	水	木	金	土	利用回数	1・2 回／週	送迎希望	有・無
	AM	AM	AM	AM	AM	AM			ST 希望	有・無
	PM	PM	PM	PM	PM	PM				

要介護認定情報		未申請・申請中・区分変更中	身長	cm
	区　分	支１・支２・介１・介２・介３・介４・介５	体重	kg

心身状況及び ADL	座位保持	自立・見守り・一部介助・全介助（特記）	
	立位保持	自立・見守り・一部介助・全介助（特記）	
	移動（屋内）	自立・見守り・一部介助・全介助	独歩・杖・四点杖・歩行器・車椅子
	（屋外）	自立・見守り・一部介助・全介助	独歩・杖・四点杖・歩行器・車椅子
	移　乗	自立・見守り・一部介助・全介助（特記）	
	排　泄	自立・見守り・一部介助・全介助（特記）	
	食　事	自立・見守り・一部介助・全介助（特記）	
	認知症	なし・あり（軽度・中度・重度）（特記）	
	失語症	なし・あり（特記）	
	理解力	あり・なし（特記）	

現疾患	合併疾患・コントロール状態・発症・受傷日含む	家族構成
既往歴	発症・受傷日含む	
感染症	無・有（　　）	
退院日	年　月　日（決定・予定）（病院名：　　）	

リハへの意欲・希望	リハビリ意欲	高い・普通・低い（特記）
	リハビリ希望など	

デイケア「谷津居宅サービスセンター」・東京湾岸リハビリテーション病院（訪問リハビリ）