サービス利用相談用紙　※太枠のみ記載

（希望するリハにチェック）

☐ 通所リハ　ginyadori@zeshinkai.or.jp

☐ 訪問リハ　houmon-ginya@zeshinkai.or.jp　　ＦＡＸ：095-818-3454

申し込み日	令和　　年　　月　　日		
居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー	TEL FAX
対象者氏名	☐　男　　☐　女		
生年月日	☐　大正　☐　昭和　　年 月　　日（　　才）	住所	〒 長崎市　　町
		電話	
要介護認定	☐認定済　☐　未申請　☐　申請中　（☐ 新規　☐ 更新　☐変更　（申請日　　年　　月　　日）		
要支援 要介護認定区分	☐医療　☐ 要支援1　☐ 要支援2　☐要介護1　☐ 要介護2　☐要介護3　☐ 要介護4　☐要介護5		
かかりつけ医		疾患名	
現状の居所	☐ 自宅　☐医療機関（　　）　☐　施設（　　）　☐　その他（　　）		
介護サービス利用状況 ※（）曜日	☐訪問看護　☐デイケア　☐デイサービス　☐訪問リハ　☐訪問介護　☐ショートステイ （　　）（　　）（　　）（　　）（　　）（　　）		
送迎希望	☐なし　☐あり　（☐ 歩行レベル　☐ 車いすレベル　）		
送迎方法	①車横づけ　☐ 可　☐不可　②移送支援　☐ 必要　☐不要 ③階段　☐ なし　☐あり（　　）段		
相談内容	目的： 頻度：　　回/週（通所）　　回/週（訪問）		

＊事務処理用のため、記入不要です

協議参加者	☐　センター長　☐山下　☐田原　☐陣野　☐本田　☐事務（実施日：　月　日）
協議結果	☐　可　☐否　（　　）
開始時 必要書類 ※確認後☑	☐ かかりつけ医の承諾（　）➡ ☐診療情報提供書（　） ☐ かかりつけ歯科医の有無 ➡ ☐ 有（　　）☐なし ☐ 書類の依頼（　）➡ ☐基本情報　☐ケアプラン　☐提供票の依頼 ☐ 公費関連の依頼（　）➡ ☐介護保険証　☐ 負担割合証　☐ 原爆手帳 ☐ 担当者会議の日程確認（　）　☐ 退院前カンファレンス（　） ☐ 退院予定日（　）　☐ リハビリテーション実施計画書（　） ☐ 初回開始日（　） ☐ 診察日（　）

在宅支援リハビリテーション　ぎんや　　R2.10.27作成

R3.6.21改訂・R6.2.7改訂・R6.12.1改訂