

(希望するリハにチェック)

通所リハ  
訪問リハ

# サービス利用相談用紙(FAX)

※太枠のみ記載

申し込み日	年 月 日	時間	:
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	T ・ S 年 月 日 ( 才 )	住所	〒
		電話	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 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 ※ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 歩行レベル ・ 車いすレベル )		
送迎方法	①車の横づけ: 可 ・ 否 移送支援: 必要 ・ 不要 ②階段: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) 段		
相談内容	目的: 頻度: ( ) 回/週		

\* 事務処理用のため、記入不要です

協議参加者	・センター長 ・山下所長 ・田原所長 ・陣野所長 ・本田 ・中井 (実施日: 月 日)
協議結果	可 ・ 否 (理由: )
開始時 必要書類 ※確認後 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> かかりつけ医の承諾 《 / 》 ⇒ <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 《 / 》 <input type="checkbox"/> 書類の依頼 《 / 》 ⇒ <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 提供票の依頼 <input type="checkbox"/> 公費関連の依頼 《 / 》 ⇒ <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 原爆手帳 <input type="checkbox"/> 担当者会議の日程確認 《 / 》 <input type="checkbox"/> 退院予定日 《 / 》 <input type="checkbox"/> 初回開始日 《 / 》 <input type="checkbox"/> 診察日 《 / 》