

行徳リハビリ 一家 申込書

平成 年 月 日

CM 情報	事業所名		ご担当CM様	
	ふりがな		T E L	
	氏名			
ご利用者様	住所			

※太枠のみご記入願います。

介護 保険	被保険者番号		保険者名	
	要介護認定区分	要介護 () 要支援 ()	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
	生活保護	有 ・ 無		

緊急 連絡先	ふりがな		続柄	
	氏名		T E L	
	住所			

医療 情報	医療機関名		診療科目		主治医		
	連絡先						
	主な疾患・禁忌	・高血圧 ・脳梗塞(麻痺:右 ・ 左 その他:)					
		・内臓疾患() ・呼吸器疾患() ・神経障害() ・骨折()					
	・糖尿病 ・薬の副作用 ・ペースメーカー(有・無)						
特記							

ご利用者様 情報	移動	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守り ・ 自立	視力	十分 ・ 障害()		
	補助具	車いす ・ 押し車 ・ 杖	聴覚	十分 ・ 障害() 補聴器: 有 ・ 無		
	排泄	全介助 ・ 一部介助 ・ 声掛け ・ 見守り ・ 自立		水分制限	1 あり	2 なし
	精神面					
	生活の様子					
家族構成						

行徳リハビリ 一家

介護保険事業所番号 1270802687
TEL 047-307-8711 FAX 047-307-8712
市川市行徳駅前2丁目10番19号 1階