

# リハビリ・ショート ねもころ 申し込み依頼票

お申し込み日	平成 年 月 日 ( )
事業所名	TEL
担当者名	FAX

ふりがな 利用者名	男・女	被保険者番号	介護度
		生年月日 M/T/S	年 月 日
住所			
電話			
緊急連絡先 氏名 (ふりがな)		続柄 ( )	
住所			
電話 (携帯)			
主治医		医師名	
病院名		電話	
主な病名			
薬の処方			

## 身体状況

既往歴	
麻痺	1.有 2.無 状況 ( )
移動	1.自立歩行 2.要介助 (車椅子・杖・歩行器) を使用 3.自立歩行不可
視力	1.正常 2.近くの物は見える 3.ほとんど見えない (眼鏡: 有・無)
聴力	1.正常 2.大声で聞こえる 3.片方のみ (右・左) 4.聞こえない (補聴器: 有・無)
会話	1.伝えられる 2.簡単な話は伝えられる 3.伝えられない 4.その他
入浴	1.自立 2.一部介助 3.全介助 4.不可 (シャワー浴)
食事	1.自立 2.要介助 3.全介助 ( ) 【入れ歯】 1.無 2.有 (部分・総義歯) その他
排泄	1.自立 2.一部介助 3.全介助 【オムツ・パッド使用】 日中・夜間
その他	
身体障害者手帳	1.無 2.有 ( 種 級)
認知症	1.無 2.有 問題行動 ( )
感染症	1.無 2.有 ①B型肝炎②C型肝炎③MRSA④緑膿菌⑤梅毒⑥疥癬⑦その他

## 送信欄

利用希望期間
--------

返信欄 平成 年 月 日

予約	□可	□不可	その他
返信記述			

ユニット型指定短期入所生活介護事業所【事業所番号 2370601334】

リハビリ・ショート ねもころ

電話: 052-238-2717 FAX: 052-238-2718

担当: 小坂井(管理者)、鍋田・井川(生活相談員)