石巻ロイヤル病院　通所リハビリテーション　申込書

【あて先】	【送信者】	【送信日】
石巻ロイヤル病院　在宅事業課　御中 FAX　0225－73－2838	事業所（部署）名 担当者	月　　日

利用者氏名	生年月日	年　齢
様	T・S　　年　　月　　日　生	歳
住　　所	**連絡先電話**	
〒		
地域包括支援センター名又は居宅介護支援事業所名	**担当ケアマネジャー**	
TEL		
医療機関名・主治医名	**介護度**	
	申請中　（申請月日　　） 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	
利用目的及び希望（本人）	**利用目的及び希望（家族）**	

都合の悪い曜日（他サービス利用等）	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
都合の悪い時間帯					
送迎	希望あり　　希望なし　（　本人運転　　家族送迎　）				
見学希望	あり　　なし		車酔い	あり　　なし	

本人の状況

日常生活	移動	自立　一部介助（　　）　全介助（　　）
	排泄	自立　一部介助（　　）　全介助（　　）
	食事	自立　一部介助（　　）　全介助（　　）
	更衣	自立　一部介助（　　）　全介助（　　）
	入浴	自立　一部介助（　　）　全介助（　　）
	福祉用具使用	外出時　→　装具　　1本杖　　4点杖　　歩行器　　車椅子