

# 石巻ロイヤル病院 訪問リハビリテーション 申込書

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

利用者氏名	生年月日	年齢
	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)	

### 【1】訪問リハ希望曜日と開始時間

	月	火	水	木	金
訪問リハ	:	:	:	:	:

### 【2】希望回数 週1回 ・ 週2回

### 【3】他サービス利用曜日と開始時間

サービス	月	火	水	木	金
	:	:	:	:	:
	:	:	:	:	:
	:	:	:	:	:

### 【4】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	装具	1本杖	4点杖