

通院同行サービス利用申込書

年 月 日

記載者名: _____

利用者情報	フリガナ		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成		
	氏名		男・女		年	月	日(歳)
	本人の居住先	〒			電話番号		
	請求書郵送先宛名	〒			電話番号		
	認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			要支援 要介護	1・2・3・4・5	
公費の有無 負担限度額	生保＝有・無 / 障がい手帳＝有・無 / 負担限度額認定証＝有・無 ※医療券が必要な方は、事前にご準備お願い致します。						

緊急連絡先	氏名	続柄	同居・別居	住所	連絡先	主介護者○
	①		同・別			
	②		同・別			
【家族関係等で特記すべき事項】						

主治医・病歴	病院名		主治医名	
	住所		TEL / FAX	
	既往歴		内服薬	※お薬情報の添付をお願い致します。
	【特記事項】			

※アレルギーの有無 有 無

A D L	歩行	自立・一部介助・全介助	移動用具	杖・歩行器・普通型車椅子・リクライニングタイプ
	立位	可・支えがあれば可・手すりにて可・不可	座位	可・支えがあれば可・不可
	乗車	歩行介助にて乗車可・車いす一手すり、介助にて坐位乗車可・車いすでの乗車必要・ティルトorリクライニング必要		
	排泄	自立・一部介助・全介助	オムツ使用	無・有(リハビリパンツ・尿取りパット・紙オムツ)
	尿意	あり・時々あり・なし	意思疎通	可・時々できる・ほとんどできない・不可

担当ケアマネジャー

事業所名		担当者	
連絡先	TEL:	FAX:	

【気にかかることなどご記入ください】

【現在利用中のサービス】

- 訪問介護 訪問看護 訪問入浴 訪問リハ
 通所介護 通所リハ
 居宅療養管理 福祉用具貸与 ショートステイ



FAX098-800-2842