

リハラボ町田【デイサービス】新規依頼 申込書

●申込日 R 年 月 日 (:)

契約日時 :

初回開始日 :

利用者氏名 : _____ 性別 : ♂・♀ 介護度 : _____

生年月日 : T・S・H・R 年 月 日 生 年齢 : 歳 電話 : _____

住所 : _____ 駐車場(契約時) : 有・無 場所()

キーパーソン : _____ 連絡先 : _____

居宅介護支援事業所 / 地域包括支援センター	担当ケアマネ 電話 :
------------------------	----------------

医療機関	往診(有・無)	主治医
------	---------	-----

現病歴	当事業所への依頼理由 紹介(紹介先 : _____)・HP・SNS 近いため・チラシを見た・専門に特化している サービス内容が良かった()
-----	---

ADL 等 移動 : 自立 一部介助 全介助 補助具() 排泄 : 自立 一部介助 全介助 嚥下 : むせなし 時々むせる むせる 視力 : 良好 見えにくい(左右) 見えない 聴力 : 良好 聴こえにくい(左右) 見えない 認知症 : なし 軽度 中度 重度 感染症 : なし あり()	希望内容 回/週 AM(9:00-12:00) PM(13:30-16:30) 見学 月 日 時 送迎 : なし あり 同行者 : なし あり()
---	--

連絡事項・情報	<p>新規介入時(リハラボ記入)</p> <p><input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 振込用紙 <input type="checkbox"/> 利用者情報一式</p> <p>契約時 : <input type="checkbox"/> ①契約書の記載(一部ご利用者様用) : <input type="checkbox"/> ②振替口座の記載 : <input type="checkbox"/> ③CMとの加算確認 : <input type="checkbox"/> ④介護保険証/負担割合証/お薬手帳 : <input type="checkbox"/> 駐車場・顔写真</p> <p>加算 : <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅰ(イ) <input type="checkbox"/> (ロ) : <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算Ⅱ : <input type="checkbox"/> 口腔機能向上加算Ⅱ : <input type="checkbox"/> 科学的介護推進体制加算 : 介護処遇改善加算Ⅱ</p>
---------	--

恐れ入りますが、よろしくお願い致します。 リハラボ町田 FAX042-707-6473

