

# 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 聞こえにくい (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		新規介入時 (リハラボ記入) <input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 振込用紙 <input type="checkbox"/> 利用者情報一式 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"/> ③ CM 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 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 : <input type="checkbox"/> 介護処遇改善加算 II	

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

