



リハビリあ・える 利用申込書

※ご記入必須項目

申込日 西暦 年 月 日

※氏名	フリガナ		年	月	日生	居宅事業所名	担当者名					
			男	女	歳	電話・FAX	() - () - ()					
※住所	〒 -					※被保険者番号	保険者名称		市 町 村			
						認定年月日	西暦 年 月 日	保険者番号				
被保険証住所	上記と異なる場合記入					交付年月日	西暦 年 月 日	有効開始日	西暦 年 月 日			
連絡先	自宅 () -					※介護保険認定	事業対象者	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			
	家族 () - 様方					※認定有効期間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日					
開始希望日	月	火	水	木	金	土	機能訓練種別	※介護保険負担割合	割 西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日			
	午前						要介護コース	心身状況	※身長 cm ※体重 kg 体型・姿勢			
西暦 年 月 日	午後						要介護認知機能コース					
							要支援コース					
医療機関	病院 科					ADL状況	自立	見守り	一部介助	全介助	備考(状態・使用器械等)	
	病院 科						※飲食					※誤嚥 有 無
	病院 科						排泄					
※主病					更衣							
※発症年月日 年 月 日					入浴							
既往歴					立位							
					※歩行						※杖 ※歩行器	
					移動							
					会話							
					視覚							
					聴覚							
障害者手帳	障害名 ()種 ()級											
県 第 号 交付 年 月 日												