

申込年月日：令和 年 月 日

## AI(エーアイ)リハ 南久が原Ⅱ ご利用相談申込票

ご利用者様情報	ふりがな		性別	年齢	生年月日		
	ご利用者氏名		男・女	歳	M・T・S	年 月 日	
	現住所	〒 -			TEL		
	緊急連絡先	氏名：		続柄：	連絡先：		
	介護保険情報	要介護( )・申請中・区変中		被保険者番号	.....		
		認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	自宅状況	集合住宅( 階)・戸建	主介護者		その他サービス利用	あり・なし	
	既往歴						
	日常生活動作および身体状況				特記欄		
	座位	<input type="checkbox"/> 椅子座位 <input type="checkbox"/> 車椅子座位 <input type="checkbox"/> 座位保持困難					
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 見守り歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子						
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大文字が見える <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡(有・無)						
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大声が聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない 補聴器(有・無)						
会話	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 全く話せない						
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 困難						

リハビリ希望	特に困っている事	身体面・言語面・嚥下面・高次脳機能面			
ご利用希望曜日	日・月・火・水・木・金・土			入浴	有・無
ご利用開始希望日	令和 年 月 日 頃から				
担当ケアマネ様	事業所名		氏名		
	電話番号	-	-	FAX番号	-
備考					

### 算定

地域密着型通所介護【提供時間 9:00~16:10/10:00~17:10(7時間以上8時間未満)】、個別機能訓練加算Ⅰ口、入浴加算Ⅰ、口腔機能向上加算Ⅰ、処遇改善加算Ⅰ

### 【お問い合わせ】

AIリハ 南久が原Ⅱ 事業所番号:1371107705

〒146-0084 大田区南久が原1-24-12 AIビル2F

電話:03-6715-5883

FAX:03-6715-5884

本利用相談票に記入の上、上記までFAXもしくはお気軽にお電話にてご相談下さい。

