

# ～ご利用相談申込票～

申込日： 年 月 日

居宅介護 支援事業所	名称			事業所番号	
	TEL		FAX	担当者氏名	様

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
介護保険情報	介護度	申請中 / 要支援(1・2) / 要介護(1・2・3・4・5)				
	認定日	年 月 日	被保険者番号			
	認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
現住所	〒 -			TEL	- -	
介護度	申請中 / 要支援(1・2) / 要介護(1・2・3・4・5)			その他	(以下当てはまれば○) 生活保護・身障手帳有	
緊急連絡先	氏名:		続柄:	連絡先:		
世帯類型	1.子供と同居 2.同居(日中独居) 3.高齢者夫婦 4.独居(親族近隣居住・親族遠隔地居住・その他)					
自宅状況	アパート・マンション・戸建	主介護者	続柄:		その他サービス利用	有・無
既往歴	主疾患(症状): その他(合併症など):					
移動手段	独歩・杖・歩行器・車椅子 介助者の必要性(有・無)	その他 当てはまれば○	血糖測定・インスリン注射・胃ろう・義歯 食形態の工夫・水分とろみ・昼の内服薬			

リハビリ希望	身体面(理学療法士/作業療法士) 言語機能面・嚥下機能面・高次脳機能面(言語聴覚士)		特に困っている事	
※希望頻度	週に 日くらい	見学希望日	候補① 月 日 (AM・PM)	候補② 月 日 (AM・PM)
※希望コース	午前・午後	※希望曜日	(月・火・水・木・金)	

※空き状況により、調整をお願いすることがあります。

備考	
----	--

## 【お問い合わせ】

AIリハ 南久が原 I (1371109909)

〒146-0084 大田区南久が原1-24-12 AIビル1F

電話:03-6410-2697

FAX:03-6410-2698

E-mail : aichidorityou@gmail.com

本相談票に記入の上、上記までFAXもしくはお気軽にお電話にてご相談下さい。

