

## 通所リハビリテーション 短期集中・個別リハビリテーション利用申込書

氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
住所	〒 —		電話番号	
要介護認定の状況	要支援( 1・2 ) 経過的要介護 要介護( 1・2・3・4・5 )			
入退院(所)の状況	3ヶ月以内の退院(所)		有 ・ 無	
	有の場合	退院(所)年月日		
		退院(所)病院名 施設名	病(医)院 (医療機関名: )	
			介護老人保健施設(施設名: )	

日常生活自立度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	I IIa IIb IIIa IIIb IV M
リハビリテーションサービスに関わる報酬の請求が合わせて6か月以上	有 ・ 無

御本人様・御家族様の希望 (具体的な内容)	※必ず確認の上ご記入ください。
--------------------------	-----------------

上記の通り、通所リハビリテーションにおける短期集中・個別リハビリテーションの利用を申し込みます。

年 月 日

御本人様・御家族様サイン

居宅介護支援事業者名

介護支援専門員名

住 所

電 話 番 号

( F A X )