

訪問介護事業所 元気アップ 介護タクシー予約シート

訪問介護指定事業所番号 /1170405508

障害福祉サービス指定事業所番号 /1110402185

FAX / 049-293-9706

〒350-1105 川越市今成4-10-15 TEL.049-293-9245

担当者連絡先 / 070-1228-0344

希望車両	車椅子対応型	乗用車型	本用紙送信日	年	月	日 ()
------	--------	------	--------	---	---	-------

居宅介護支援事業所名 及び 障害者相談支援センター名						
ご担当者様名			指定事業所番号			
折返し連絡先	-	-	TEL	-	-	FAX

基本情報	フリガナ			生年月日	大・昭・平	年	月	日生	性別	男 女
	氏名	様		連絡先	自宅 /	携帯 /				

住所	〒 - 市									
----	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号	被保険者番号	受給者番号(障)
-------	--------	----------

介護度(介)及び区分・種別(障)	要介護 / 1・2・3・4・5	区分・種別 /
------------------	-----------------	---------

認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	通院頻度	週 回 / 月 回
--------	---------------	------	-----------

緊急連絡先	①	氏名 / (続柄)	電話番号 / - -
		住所 /	
	②	氏名 / (続柄)	電話番号 / - -
		住所 /	

利用内容	日時	年 月 日 () : 自宅迎え希望	当日受診科目
		年 月 日 () : 病院迎え希望	

定期通院時	月・火・水・木・金・土	利用目的	通院 透析 リハビリ その他 ()
-------	-------------	------	--------------------

目的地	①(片道・往復) 自宅 ~	②(片道・往復) 自宅 ~
-----	---------------	---------------

目的地情報 (住所・電話番号)	
--------------------	--

その他医療機関	①	病院名 /	診療科目 /	主治医名 /
	②	病院名 /	診療科目 /	主治医名 /

確認事項	障害者手帳	無・有(川越市)	種 級	移動状況	全介助 一部介助 見守り 自立
	福祉タクシー券	無・有(川越市)		自宅段差	無 有 同乗者 無 有 (名)

歩行状態	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可	視力	右 / 普通・弱・全盲 左 / 普通・弱・全盲
------	--	----	-------------------------

室内移動状況	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シバ-カ <input type="checkbox"/> 車椅子	聴力	右 / 普通・弱・難聴 左 / 普通・弱・難聴
--------	---	----	-------------------------

室外移動状況	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シバ-カ <input type="checkbox"/> 車椅子	言語	普通 やや不自由 不自由
--------	---	----	--------------

座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助必要 <input type="checkbox"/> 不可	上肢	右 / 普・弱・麻痺・欠損 左 / 普・弱・麻痺・欠損
------	---	----	-----------------------------

移動中見守り	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	下肢	右 / 普・弱・麻痺・欠損 左 / 普・弱・麻痺・欠損
--------	--	----	-----------------------------

病歴	既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()
	現病歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()

移動時の注意点	
---------	--

連絡(留意)事項	
----------	--