

通所リハビリテーション利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設

クローバーのさとイムスケアカウピリ板橋 宛て

利 用 者	ふりがな 氏名		男	生年月日	明	大	昭			
			女	年	月	日	歳			
	住所		〒	-						
	電話番号	自宅	()	・携帯	()					
要介護状態区分		要支援	1	・	2					
		要介護	1	・	2	・	3	・	4	・
認定日の有効期間		年	月	日	～	年	月	日	まで	
介護保険被保険者番号										
申 込 者	ふりがな 氏名		本人・家族(続柄)			・その他()				
	住所		〒	-						
	電話番号	自宅	()	・携帯	()					
	居宅介護支援事業所名									
担当者名										
連絡先		電話:	()	FAX:	()					
緊 急 連 絡 先	氏名		続柄	住所	電話番号					
	①				()					
					()					
	②				()					
					()					
	③				()					
利用希望日		週	回	(月)	火	水	木	金	土	
入浴希望		有	[週 回]	(一般浴・器械浴)	無					
送迎希望		有	[往復 ・ 行きのみ ・ 帰りのみ]	無						
		一般乗車 ・ 車いす送迎 ・ ストレッチャー送迎								
リハビリ希望		有	-	無						
		具体的に ()								
現在の状況		1. 在宅で生活中 (同居 ・ 別居)								
		2. 入院中 (医療機関名)								
		3. 施設入所中 (施設名)								
健康状況		かかりつけ医 ()								
		病名 ()								
		内服 ()								

※ 入所利用申込書の他に、診療情報提供書または主治医意見書が必要となります。