

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プリ板橋 宛て

利用者	ふりがな	男	生年月日	明	大	昭
	氏名	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 ・ 5				
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	本人・家族(続柄)・その他()				
	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 ()				

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