

# 通所リハビリテーション利用申込書

記入日 年 月 日

記入者 関係( )

湘南の丘通所リハビリテーションを利用したいので、以下の通り申し込みます。

ふりがな 利用者氏名		男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日生
				満 歳
被保険者番号				申請中・変更中 月 日(申請・変更)
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	認定結果	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
介護負担割合	1割・2割・3割	生活保護の有無	有・無	
住所	〒			
電話番号	自宅 ( )	携帯		
介護者	氏名	関係( ) 利用者と同居・別居		
連絡先	住所	〒 電話 ( )		
利用内容	1. 一日ゆっくりコース 2. リハビリ集中Aコース 3. リハビリ集中Bコース			
希望曜日	月 火 水 木 金			
送迎希望	<input type="checkbox"/> あり ( 一般車・リフト車 <input type="checkbox"/> なし			
身体状況	疾患名	発症年月日もお書き下さい		
	既往歴			
	移動能力	自立(独歩・杖・歩行器) 介助(歩行・車椅子) 車椅子自走		
	認知症	重度・軽度・無 ( 内容 )		
	特記事項			
医療機関	かかりつけ病院	病院・医院	科	主治医
居宅介護支援事業所			ケアマネージャー	
電話番号	( )	ファックス番号	( )	
委託元事業所名(委託の場合)			電話番号	( )



介護医療院 湘南の丘

TEL. 0467-51-5211

FAX. 0467-51-9255