

# 通所リハビリテーション利用申込書

年 月 日

医療法人社団 ケアクリーク なかざわ整形外科 理事長 殿

次のとおり、通所リハビリテーションを利用したいので、関係書類を添付して申し込みします。

フリガナ			性別	生年月日			
利用者			男・女	疋・啣	年	月	日(満 歳)
現住所	〒						
電話番号	自宅 ( )			携帯 ( )			
介護保険	無・有	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5			
		認定期間 ( 年 月 日～ 年 月 日)					
介護保険負担割合			1割・2割・3割				
生活保護	無・有		有効期限 ( 年 月 日)				
障害手帳	無・有( 種 級)		特定疾患の認定			無・有	
			※上記「有」の場合、重症度の認定			無・有	
フリガナ			続柄	電話番号	自宅		
相談者					携帯		
緊急連絡先	氏名		続柄	電話番号			
	①			( )			
	②			( )			
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	事業所名			電話番号 ( )			
	氏名			FAX 番号 ( )			
かかりつけの医療機関	病院・医院						科 先生
	定期受診 無・有			受診の間隔 回/ 週・月			
服薬	無・有 ( 朝・昼・夜・就寝前)						
利用希望曜日	週 1・2 回	午前・午後	月・火・水・金・土・特に希望日なし				
送迎希望	無・有 ( 迎え・送り・往復 )			車椅子利用 無・有			
現在利用中のサービス	日 月 火 水 木 金 土						
	午前						
	午後						
◎ - 訪問看護 ○ - 訪問介護 □ - 訪問入浴 △ - 通所介護 ◇ - 通所リハ							
利用目的 ※必ずご記入ください							

- ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」およびそれらに係る「診療行為」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。
- また、ご記入いただいた個人情報は一切外部に漏洩致しません。