

通所リハビリテーション 利用申込書

受付 令和

年 月 日

受付者

利用者	フリガナ			男	明・大・昭		
	氏名			女	年 月 日 (歳)		
	住所	〒		電話			
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 変更申請中・申請中					
		認定年月日	認定有効期間				
		H・R 年 月 日	H・R 年 月 日～R 年 月 日				
申込者	フリガナ			男	利用者との関係		
	氏名			女			
	住所	〒		電話 携帯			
利用料支払者	フリガナ			男	利用者との関係		
	氏名			女			
	住所	〒		電話 携帯			
利用希望内容	希望曜日	月 火 水 木 金 土			送迎希望	迎え・送り・必要なし	
	入浴希望	あり・なし			浴槽タイプ	一般浴・機械浴	
	選択サービス	口腔機能向上 (要介護のみ)	あり・なし		運動器機能向上 (要支援のみ)	あり・なし	
	リハビリ希望	あり・なし	最終退院(所)日 又は要介護認定日		令和 年 月 日		
			退院病院、施設名				
利用希望開始日	令和 年 月 日 ごろから						
希望理由	ご本人から						
	ご家族から						
現在の状況	① 在宅	治療していない・通院治療中(病院名 受診科) (主治医:) 通院日()曜日 月・週()回					
	② 病院入院中 施設入所中	病院・施設名			退院(所)予定日	令和 年 月 日	
居宅支援事業所	事業所名						
	担当ケアマネジャー						

※利用希望内容に関しましては、ご希望に添えない場合がございます。

医療法人社団 佑樹会 介護老人保健施設 あゆみの里