

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 H・R 年 月 日		認定有効期間 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	
	希望時間帯	①9-15時②10-16時③10-13時④13-16時⑤9-12時⑥9-13時						
	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	□腔機能向上 (要介護認定のみ)		あり ・ なし	運動器機能向上 (要支援認定のみ)		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				連絡先			

※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