

# 通所リハビリテーション 利用申込書

お名前		ふりがな _____		明・大・昭	
		様		年 月 日( 歳)	
〒 ー ー 現住所				TEL ( )	
緊急時 お名前連絡先住所	ふりがな _____		続柄 ( )		TEL ( )
	〒 ー ー		様		携帯 ( )
氏名(家族構成)		年齢	続柄	健康状態	
要支援1・2 要介護 1・2・3・4・5 介護認定				申請中	
有効認定期間 平成 年 月 ~平成 年 月まで				申請日: 月 日	
介護保険 利用状況		担当ケアマネージャー名( ) 居宅介護事業者名( ) TEL ( ) FAX ( )		サービス利用 有・無	
かかりつけの施設( ) 医師名( ) TEL( )					
生活状況		移動:(独歩・杖歩行・押し車・車椅子・その他) トイレ:(自立・介助) 入浴:(自立・介助) 食事(自立・介助)			
日程利用希望		①9:00~10:30 ②13:30~15:00 (月・火・水・木・金・土)			
その他ご希望内容など					
現在の体調について何か不安な点がありましたらお書きください					