

だて整形外科リハビリテーションクリニック 通所リハビリ利用申込書

平成 年 月 日

次の通り、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	M・T・S 年月日 (満 載)		
現住所	〒				
電話番号					
介護保険	有・無	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
		認定期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
障害手帳	有・無	特定疾患の認定		有・無	
		※上記「有」の場合、重症度の認定		有・無	
生活保護	有・無	発行期日 (平成 年 月 日)			
		有効期限 (平成 年 月 日)			
フリガナ		続柄	電話番号		
申込者			自宅		
			携帯		
緊急連絡先		氏名	続柄	電話番号	
	①				
	②				
ご担当の 介護支援専門員様 (ケアマネジャー)	事業所名			電話番号	
	氏名			FAX番号	
かかりつけ医療機関	医院名				
	医師名			先生	
利用希望日に ○をつけてください	月	火	水	木	金
ご利用中の 介護サービスを ご記入下さい					

だて整形外科リハビリテーションクリニック 通所リハビリ見学の申込

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
利用者		男・女	M・T・S 年月日 (満 載)
現住所	〒		
電話番号			
介護保険	有・無	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
ご希望内容	見学 ・ 体験		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号
	①		
	②		

留意事項	※ 疾患、日常生活について注意点などがありましたらご記入下さい。
------	----------------------------------

当院の受診歴	有・無
--------	-----

ご担当の 介護支援専門員様 (ケアマネジャー)	事業所名	電話番号
	氏名	FAX番号