

通所リハビリ利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設
リハビリセンター あゆみ
施設長 殿

(ふりがな)			男	明治・大正・昭和	
申込者氏名			女	年 月 日 (歳)	
住所	〒 - - 滋賀県		TEL	- -	
利用目的	本人:			病歴	
	家族:				
保険証関係	健康保険証	いづれかに○ ・後期高齢者医療【 】			
	介護保険証	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		
	その他	・身体障害者手帳【 】・特定疾患受給者証【 】 ・福祉助成券【 】・介護保険負担限度額認定証【 】			
現在の状況		午前利用サービス		午後利用サービス	
	月				
	火				
	水				
	木				
	金				
	土				
	日				
	【 】入院中 (病院名:)		入院日:	年 月 日	
	【 】入所中 (施設名:)		入所日:	年 月 日	
身元引受人	氏名(続柄)	住所		TEL	
希望リハビリ内容	<input type="checkbox"/> 身体的アプローチ <input type="checkbox"/> 言語・口腔機能的アプローチ		希望利用期間	~ 年 月 日 1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・その他	
かかりつけ医療機関	病院名			担当介護支援専門員	事業所名
	担当医				担当者

申込時必要書類 (施設記入欄)

上記の者の通所リハビリの利用申し込みを申請いたします。

- 健康診断書 (3ヶ月以内のもの)
- フェイスシート
- 介護保険証の写し
- ケアプラン (デイケアの計画が入っているもの)
- 医療・看護・介護等の情報
- 退院後の場合、リハ・看護サマリ

申込申請者

連絡先

住所

TEL

氏名

続柄 ()

印