

かすかべ生協診療所 通所リハビリ 利用申込・見学申込書

記入日	年 月 日	担当者	様
居宅介護支援事業所・地域包括支援センター名			
住所	埼玉県		
電話	048－（ ）－（ ）	FAX	048－（ ）－（ ）

< 見学情報 > ※見学時間に関しては、一度相談になります。

見学希望日	第一希望	月 日	第二希望	月 日
送迎希望	有 / 無	同行者	有 / 無	続柄：

< 基本情報 > ※わかる範囲で記入お願いいたします。

フリガナ				性別	男性 / 女性				
利用者氏名				生年月日	年 月 日生				
住所	埼玉県								
連絡先電話	自宅	（ ）－（ ）－（ ）		携帯	（ ）－（ ）－（ ）				
介護保険情報	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
	負担割合	1割 2割 3割			認定に関して	初回認定 / 継続			
	被保険者番号								
	有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日						
緊急連絡先 (主介護者を①に)	① 氏名	様 続柄：		② 氏名	様 続柄：				
	電話	（ ）－（ ）－（ ）		電話	（ ）－（ ）－（ ）				
かかりつけ医療機関 (主治医意見書記載医療機関を①に)	① (医師名)			② (医師名)					
利用中の他サービス (曜日・頻度)									

< 現在の状況 > ※わかる範囲で記入お願いいたします。

療養環境	自宅 ・ 入院中 ・ 施設入所中 ・ その他					
	入院先医療機関名・施設名					
	退院予定(日)・退所予定(日)			年 月 日		
主疾患名				既往歴(複数記載可)		
利用目的・希望				医療ケア 胃瘻ストマ等		
利用希望日	月 火 水 木 金 土		利用コース	1日利用・午前短時間・午後短時間・訪問リハビリ併用		
希望サービス	リハビリ 食事 入浴(一般浴・機械浴) 口腔ケア 栄養スクリーニング					
移動方法	独歩 1本杖 4点杖 両手杖 歩行器 車椅子 その他					

通所リハビリ 直通電話：048-752-6130 FAX：048-752-6173
〒344-0065 埼玉県春日部市谷原2丁目4-12 事業所番号：1110601773