

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	2025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、一度相談後、当事業所で調整となります。

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	生保	減額証			あり / なし		
	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			午前コース ・ 午後コース						
入浴希望 (要介護認定のみ)	あり・なし ※個別浴槽のみになります										
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：048-878-9020

〒344-0065 埼玉県春日部市谷原2丁目4-7 事業所番号：1110601773