

通所リハビリテーション利用申込書

田中医院 通所リハビリテーション

東京都江戸川区平井6-30-1

TEL 03-3612-0428

FAX 03-3612-1428

事業所番号 1312328565

令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----|-------------------------|---|------------|--|--|
| 利用者 | ふりがな 氏名 | 様 | 性別 男・女 | 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳 | |
| | 住所 | TEL | | | |
| | 要介護状態区分 | 要支援 () 要介護 () 申請中 区変中 | 負担割合 | () 割 | |
| | 認定の有効期間 | H/R 年 月 日 ~ H/R 年 月 日 | | | |
| | 被保険者番号 | | 保険者番号 | | |
| | 身体障害者手帳 | 1. 無 2. 有 (種 級) | 車椅子使用 | <input type="checkbox"/> 車椅子で来所希望の方は <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | 公費の種類 | 1. 無 2. 有 (51:特定疾患 54:難病法 12:生活保護 その他:) | | | |
| | 希望利用日 | 月・火・水・木・金 | 希望時間 | ① 9:10~ ② 10:50~ ③ 15:30~ | |
| | 他のサービス状況 (サービス名、曜日等) | | | | |
| | かかりつけ医 | 医療機関名 主治医氏名 | TEL | | |
| | 主な疾患名 | | | | |
| | 退院(予定)日 | | 利用者・家族の希望 | | |
| | 病院名(施設名) | | 現在の状態・ADL等 | | |

| | | | | |
|-----|------------|---|-----|---------|
| 申請者 | ふりがな 氏名 | 様 | TEL | 利用者との続柄 |
|-----|------------|---|-----|---------|

| | | |
|---------|-----------|---|
| 介護支援事業所 | 事業所名 | |
| | 事業所番号 | |
| | TEL | |
| | FAX | |
| | 介護支援専門員氏名 | 様 |

R1.5 更新

* すべての項目をご記入ください。