

# 通所リハビリテーション利用申込書

必要事項をご記入の上、お手数ですが当院までお持ち下さい。  
Faxでのお申し込みも受け付けております。なお、本状はFax送信表を兼ねます。

申込日：平成 年 月 日

事業名： 担当介護支援専門員氏名：

TEL番号： Fax番号：

氏名	年齢	性別	要介護度
様	歳	男 女	要支援1 2 要介護1 2 3 4 5
住所			電話番号
〒 -			
傷病名	発症日・受傷日・手術日		特定疾患の受給者証
	年 月 日		有 無
利用目的(出来るだけ具体的にお願いします。)			
希望回数	回/週	希望リハ	理学療法・作業療法・言語聴覚療法
希望日のA~Dの時間帯に○を、他のサービス等で利用困難な時間帯に×をつけて下さい。 A 9:00~10:30 B 10:30~12:00 C 14:00~15:30 D 15:30~17:00			
(火) A B C D (水) A B C D (木) A B C D (金) A B C D (土) A B C D			
当院での送迎希望	室内での移動手手段		トイレ動作
有 無	歩行(自立・介助) 車椅子(自立・介助) (他: )		一人で可 見守り 介助

※当院記入欄

判定結果	利用可	利用見送り	利用日時
判定理由			

緑の屋根診療所リハビリテーションセンター

Fax : 0283-20-2532