

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