

# うしおだ老健やすらぎ通所リハビリ利用申込書

申し込み日 年 月 日

ふりがな		生年月日 ( ) 歳	
利用者氏名		明治・大正・昭和 年 月 日 男・女	
ふりがな		TEL	
利用者住所 〒			
要介護度 要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
現在の状況 在宅療養中 ( ) 病院等に入院中 ( ) 介護施設等に入所中 ( )			
通所リハビリを利用するに至る原因の病名		病名 ( )	
直近の病院または老人保健施設からの退院・退所日		入院・入所施設名 ( ) 退院または退所日 年 月 日	
利用希望	通所	回数 週1・週2・週3・週4・週5・週6 曜日 月・火・水・木・金・土 送迎 有り (迎え・送り・往復)・無し 入浴 有り(特浴・一般浴)・無し 個別リハビリ 希望する 希望しない	
希望理由			
ふりがな			
相談者氏名		印 続柄 ( ) ( ) 歳	
ふりがな		TEL	
相談者住所 〒			
その他連絡先	氏名	利用者との関係 ( )	
	住所	電話番号	
指定居宅介護支援事業者		名称	
		住所	
		電話番号	
		担当ケアマネージャー	