

# 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 ( )<br>病院等に入院中 ( )<br>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 ( )<br>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<br>曜日 月・火・水・木・金・土<br>送迎 有り (迎え・送り・往復)・無し<br>入浴 有り(特浴・一般浴)・無し<br>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   |  |