

通所リハビリテーション利用申し込み書（ケアマネジャー・サービス調整担当者用）

（公立神崎総合病院 リハビリテーション技術科 FAX 0790-32-2417）

氏名	ふりがな		生年月日 明・大・昭 年 月 日		
現住所	〒 —		TEL ()		
緊急時連絡先	ふりがな		続柄 () 様	TEL ()	
	〒 —			携帯 ()	
家族構成(氏名)		年齢	続柄	診断名	
病歴					
介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			申請中	
有効認定期間	年 月 ~ 年 月			申請日: 月 日	
かかりつけ病院・医院			医師名		
生活状況	移動:(独歩・杖歩行・押し車・車椅子・その他) トイレ:(自立・介助) 入浴:(自立・介助) 食事(自立・介助)				
利用希望日程					
通所リハの目標など					
担当ケアマネジャー名			居宅介護支援事業者名		
電話			ファックス		
通所リハ利用について、こちらから電話させていただきます。 ご都合の良い時間帯があれば記入してください。					

（平成31年1月）