

通所リハビリテーション利用申込書

(ご本人・ご家族様用)

医療法人社団寿光会 栗源病院

申込日 年 月 日

お問合せ：TEL0478 (70) 5121 FAX0478 (70) 5123

※ご記入いただいた個人情報は「通所リハビリテーション」ならびに「連絡事項等」の目的以外には使用致しません。

ふりがな お名前 _____ 様 (利用者様)							生年月日：明・大・昭 年 月 日 (歳)		
住所 (利用者様)	〒 -				TEL ()				
	ふりがな		続柄 ()		TEL ()				
緊急時の連絡先 (ご家族様)	〒 -				携帯 - -				
	氏名		年齢	続柄	氏名		年齢	続柄	
家族構成									
認定情報	被保険者番号			被保険者氏名					
	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
	認定年月日	H 年 月 日	認定有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日					
居宅事業所及び サービス利用状況	居宅事業所名			TEL ()	FAX ()				
	担当ケアマネージャー			サービス利用	有・無				
かかりつけ医	医療機関名			TEL					
生活状況	移動方法： <input type="checkbox"/> 独歩・ <input type="checkbox"/> 杖歩行・ <input type="checkbox"/> シルバーカー・ <input type="checkbox"/> 車椅子・ <input type="checkbox"/> 寝たきり								
その他	どのような目的でご利用を希望されますか？以下の項目にチェックして下さい。								
	<input type="checkbox"/> 長期臥床などにおける褥瘡・拘縮予防 <input type="checkbox"/> 基本動作（寝返り、起き上がり、立ち上がり）の改善 <input type="checkbox"/> 日常生活（食事、移動、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、更衣など） <input type="checkbox"/> 住宅改修など環境面の改善 <input type="checkbox"/> 介護用品の指導（補助器具、自助具の選択、指導・調整等）								
	その他にご要望があればご記入下さい。								