

【愛里病院 通所リハ 見学・利用申込書】

TEL : 03-3888-7721

FAX : 03-3888-7740

申込み日		年	月	日	
見学希望		有	・	無	
事業者名	見学希望日	月	日	時 分	
事業者番号	担当者名				
事業所住所					
TEL ()		FAX ()			
※ お手数ですが、事業者番号・TEL・FAX番号も必ずご記入下さい。↑					
フリガナ					
利用者名	様		性別	男 ・ 女	
生年月日	M ・ T ・ S	年	月	日 (歳)	
利用者住所	居住		独居・家族と同居・その他 ()		
連絡先	TEL ()	自己負担	1割・2割・3割		
介護保険情報	被保険者番号	保険者		(番号)	
	介護予防	要支援1 ・ 要支援2		更新中 ・ 区変中 ・ 申請中	
	要介護度	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		更新中 ・ 区変中 ・ 申請中	
	認定日	年 月 日			
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
フリガナ					
家族氏名 及び連絡先	続柄		TEL ()		
家族住所					
利用希望	令和 年 月 日頃～		週 回		
	毎週 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土) 曜日				
	時間 (10:30~12:00 ・ 14:30~16:00)				
希望内容	<input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 日常生活動作(身のまわりの動作)練習 <input type="checkbox"/> 物理療法 <input type="checkbox"/> 集団体操 <input type="checkbox"/> 住環境整備等のアドバイス <input type="checkbox"/> その他()				
送迎	必要 【 歩行 ・ 車椅子 (現在は乗用車に乗れる方が対象) 】 ・ 不要				
かかりつけ 医療機関	主治医				
	TEL		()		
病名					
合併症	高血圧 ・ 心疾患 ・ 糖尿病 ・ 呼吸器疾患 ・ その他 ()				
移動(屋内)	歩行 ・ 車椅子 (自立・介助・不可) 補助具 : T字杖・四点杖・歩行器・その他				
排泄	トイレ (自立 ・ 誘導 ・ 介助) ・ オムツ ・ その他 ()				
現況	自宅 ・ 入院している ・ 施設入所中 ・ その他 ()				
【通所リハ実施にあたっての希望または注意事項】					

お申し込みいただき、誠にありがとうございます。