

介護老人保健施設 ひかわした 通所リハビリテーション利用申込書

申し込み日 年 月 日

受領日

| | | | |
|---|--|---------------------------------|-----------|
| 要介護状態区分 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 | | (生協 組 ・ 非) | |
| ふりがな 利用者氏名 | | 生年月日 ()歳 明治・大正・昭和 年 月 日 男・女 | |
| ふりがな 利用者住所 〒 | | Tel: Fax: | |
| 現在の状況 在宅療養中 病院に入院中 (病院名:) 退院予定日:) 介護施設に入所中(施設名:) 退所予定日:) | | | その他の公的扶助等 |
| サービスの希望 | 回数 週1 ・ 週2 ・ 週3 ・ 週4 ・ 週5 ・ 週6 曜日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 *祝・祭日・年末年始は休み 送迎希望 する (迎え・送り・往復) ・ しない 入浴希望 する (特浴 ・ 一般浴) ・ しない (希望日: 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土) *水・土は一般浴のみ 個別リハビリ希望 する ・ しない | | |
| 希望理由 | | | |
| 家族構成、ご本人の生活歴、性格、精神状況、問題行動について(聞ける範囲で結構ですので、出来る限り詳しくご記入下さい。) | | | |
| ふりがな 相談者氏名 | | 印 続柄 () ()歳 | |
| ふりがな 相談者住所 〒 | | Tel: 携帯等: | |
| 緊急連絡先 | 氏名 利用者との関係 () | | 備考 |
| | 住所 Tel: | | |
| 指定居宅介護 支援事業者 | 名称 | | |
| | 住所 〒 | | 事業者番号 |
| | Tel: | | Fax: |
| | 担当ケアマネージャー | | |

※ 新規申し込みおよび介護保険証の更新時は、介護保険証のコピー添付をお願いします。

介護老人保健施設 ひかわした (2003/9/3作成)
 事業者番号: 1357081060
 Tel: 03-5319-0780(代) Fax: 03-5319-0782
 〒112-0012 文京区千石2-1-6