

FAX申込

0173(34)6898



# リハビリテーション利用申込書

下記に必要事項を記載し、ご確認のうえ、FAXをお願いいたします。  
申込確認後、当事業所よりご連絡いたします。またご不明な点は、お気軽にお問合せください。

		申込年月日		年	月	日
利用者	ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和・平成 月 日 ( 年 歳)		
	住所	〒	性別	男 ・ 女		
			電話	( )		
介護保険	要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )					
	居宅介護支援事業所					
	担当ケアマネージャー					
	ケアマネージャー連絡先					

希望するものに☑をしてください。

リハビリ希望	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ			
	回数	<input type="checkbox"/> 1回/週	<input type="checkbox"/> 2回/週	<input type="checkbox"/> 3回/週	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金
	時間	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> どちらでもよい		<input type="checkbox"/> その他 ( )
リハビリ目的						

該当するものに☑をしてください。

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活	主な介護者 ( 続柄 : )				
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名 ( ) 入院期間 ( )				
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	施設名 ( ) 入所期間 ( )				
医療機関の 受診状況	<input type="checkbox"/> 現在受診している		<input type="checkbox"/> 受診していない		<input type="checkbox"/> 直近退院日 年 月 日	
	医療機関名 ( )		服薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
家屋状況	受診予定日 月 日					
担当者会議予定日	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家		<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> アパート ( 階)		<input type="checkbox"/> マンション ( 階)	
備考 (伝達事項)	月 日 時		場所 :			

問い合わせ先

津軽保健生活協同組合  
健生五所川原診療所通所リハビリテーション

受付時間 平日9:00~16:00  
TEL 0173(35)8456(直通)