

申込書（デイケア・訪問リハビリ） ※ご希望のサービスに○をして下さい

ふりがな			M/T/S					
利用者氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日	歳		
ご住所			電話番号					
保険者番号			被保険者番号					
介護認定区分	□申請中(年 月 日)							
	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4
	有効期限 年 月 日～ 年 月 日(認定日 年 月 日)							
負担割合	負担割合 1 2 3							
	有効期限 年 月 日～ 年 月 日							
緊急連絡先 (必ずご記入ください)	住所 〒	連絡先						
	(ふりがな) 氏名	自宅	()	携帯	()	続柄		
最近の退院日			年	月	日			
現病歴・既往歴	年 月 日	病名()	入院・手術					
	年 月 日	病名()	入院・手術					
	年 月 日	病名()	入院・手術					
かかりつけ医	病院名	診療科名	科	先生				
	病院名	診療科名	科	先生				
	病院名	診療科名	科	先生				
医療処置	<input type="checkbox"/> カテーテル類 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 疼痛管理() <input type="checkbox"/> その他()							
居宅介護支援事業者	事業所名・住所							
	事業所番号		TEL	()				
	担当者氏名		FAX	()				
(要支援のみ) 地域包括支援センター	事業所名・住所							
	事業所番号		TEL	()				
	担当者氏名		FAX	()				
希望曜日・時間帯 午前(9:00～12:05) 午後(13:25～16:30)	<input type="checkbox"/> 月曜日(午前・午後) <input type="checkbox"/> 火曜日(午前・午後) <input type="checkbox"/> 水曜日(午前・午後)							
	<input type="checkbox"/> 木曜日(午前・午後) <input type="checkbox"/> 金曜日(午前・午後) <input type="checkbox"/> 曜日指定なし(週 回)							
開始希望日	□ 年 月(上・中・下旬頃より)							
見学 / 送迎	見学済み / 見学予定(月 日()午前・午後)			送迎希望 有り / 無し				
特記事項 内服薬・生活歴など								

申し込み受付日 _____

受取人 _____

城西病院リハビリテーション科

〒167-0043 杉並区上荻2丁目42番地6号

TEL 03-3390-7171 FAX 03-3390-7227

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください