

施設記入欄	受付日	見学日	診断書	契約日	開始日	確認印			備考
						医師	リハ	通所	

介護老人保健施設 樹の丘 1日型 通所リハビリテーション利用申込書

年 月 日

利用者	フリガナ 氏名	様	男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳	
	現住所	〒 電話 ( )			
申込者	フリガナ 氏名	利用者様との関係 ( )			様
	住所	〒 電話 ( ) FAX ( ) 携帯			
介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日				
希望曜日	月 火 水 木 金 土 ・ どこでも可 ( 週 回希望 )				
入浴	有り ( 一般浴 ・ 機械浴 ) ・ 無し				
送迎	有り ・ 無し ※車の乗り降りについて、車いす使用の方は該当項目に○をつけてください 福祉車両(車いすリフト付タイプ) →ステップ昇降 可 ・ 不可 →車内で ( 車いす固定 ・ 座席へ乗り換え可 ) 普通者(軽自動)の乗り降り → 可 ・ 不可				
申込理由					
現在の状況	1. 自宅で生活	主な介護者 ( 様:続柄 ) 医療機関への受診 している ・ していない 医療機関名 ( ) 病名 ( )			
	2. 入院中	医療機関名 ( ) 病名 ( ) 年 月 日から入院 ・ 退院予定日 年 月 日頃			
	3. 施設入所中	施設名 ( ) 年 月 日から入所 ・ 退所予定日 年 月 日頃			
居宅介護支援事業	事業所名				
	住所	〒 電話 ( ) FAX ( )			
	担当者名				

